ANCA MUNTEANU

PSIHOLOGIA VÂRSTELOR ADULTE ŞI ALE SENECTUȚII

EDITURA EUROBIT

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
MUNTEANU, ANCA
Psihologia vârstelor adulte şi ale senectuţii / Anca Munteanu .- Timişoara : Eurobit, 2004
Bibliogr.
ISBN 973-620-090-6

1

ISBN 973-620-090-6

CUVÂNT DE ÎNTÂMPINARE

La prima vedere, s-ar părea că această carte a rodit din raţiuni strict pragmatice, generate de activitatea mea cu studenţii, pentru că din moment ce predau un curs de *Psihologia vârstelor* şi am publicat deja o lucrare despre copilărie şi adolescenţă, continuarea periplului ontogenetic şi către celelalte vârste era nu doar un corolar firesc, ci chiar un imperativ.

Forând mai adânc, dincolo de *epiderma* aparenţelor, se pot descoperi într-un plan secund şi alte motivaţii mult mai subtile. Mai întâi, că fiecare carte pe care am scris-o până acum (şi prezenta nu face excepţie), reprezintă o formă de autobiografie mascată şi implicit o căutare de sine. Cred acest lucru deoarece, analizând vârstele adulte, doresc să-mi înţeleg mai adânc prezentul, după cum oprindu-mă şi asupra senectuţii, îmi pot prefigura mai limpede viitorul şi ulterior, chiar să validez, cu un spor de măiestrie, proiecţia lui de astăzi, atât cât îmi va fi permis. Altfel spus, este *pe rol* strădania mea irepresibilă de a învăţa să trăiesc, de a şti să conviețuiesc cu schimbarea, de a mă concilia cu vremelnicia lumii şi a mea proprie.

Mai apoi, dintre toate capitolele acestei cărți, ultimul, adică cel dedicat morții, oglindeşte cel mai fidel actualul *peisaj* al sufletului meu. Concret, tema aceasta s-a impus ca o urgență pe drumul de însoțire, către celălalt țărm, al tatălui meu. Atunci, am realizat cât suntem de analfabeți în fața morții, a morții celor dragi şi a propriei noastre morți. Cu siguranță, paginile respective semnifică nu numai ieşirea din ascundere a unui *text* foarte intim, ci şi un exercițiu de tămăduire, sau poate doar de alinare părelnică, întrucât adevăratele lacrimi nu pot fi plânse. Dar mai presus, este un gest de solidaritate, empatie şi suport pentru toți cei care se vor confrunta cu experiența *crucificării*, căci ce este altceva decît o crucificare pierderea unei ființe iubite? Spun crucificare, pentru că, după ce traversezi *Golgota* suferinței, dobândeşti noi înțelesuri şi subînțelesuri. Este motivul pentru care subscriu la afirmația lui Lavelle că „moartea este o lecție de lumină pe care eu nu o pot separa de existența lui Dumnezeu".

Părăsind acest pasaj mărturisitor, pentru mine, universul este populat în primul rând cu oameni şi apoi cu atomi, cu oameni care au o istorie şi traversează mai multe anotimpuri. Cert este că, pe măsură ce trec anii, avem şansa să devenim mai mult noi înşine. În plus, fiecare vârstă are nu numai culoarea ei inconfundabilă, dar şi frumusețea sa unică, pe care este păcat să

o ratăm. Rezultă că se poate *răsmuri* la orice vârstă, iar debutul etapei noastre adulte poate inaugura o deschidere auroralã. Cât despre senectute, ea ne aşteaptă la *răscruci* cu fructul rar, dar atât de subtil parfumat, al înțelepciunii. Este un dar târzielnic, şi care se obține cu trudă. Totul este să nu uităm legenda *Turnului Babel*, care s-a prăbuşit deoarece a vrut să ia cerul cu asalt, ori el se cucereşte doar pas cu pas, la capătul unei maieutici interioare temerare, dar sublime.

Important este ca oricare dintre noi să cerceteze în viață cât mai multe văzduhuri, nu doar ca să cartografiem circumferința drumului, ci îndeosebi ca să-i găsim miezul.

În consecință, pentru a putea prefigura toate *facerile* de care suntem în stare (începând cu amiaza vieții), este nevoie să ne cunoaştem. De aici, şi utilitatea unei cărți centrate pe identitatea vârstelor adulte şi ale senectuții.

Cât priveşte gestația acestei scrieri, ea este o întreprindere colectivă, care s-a înfiripat din dialogurile mele subterane cu cei mulți şi nevăzuți (autori de calibre şi apartenențe culturale diverse), dar şi din relația mea nemijlocită cu studenții *Secției de Psihologie*. Ei semnifică *nervul* şi *cauza primă* a acestei lucrări şi tot ei reprezintă cele mai fidele oglinzi ale mele, dar şi dascălii mei cei mai seducători.

Mulțumesc colaboratoarelor mele dragi, asist.univ.drd. Rodica Pantelie şi prep.univ. Andreea Doroiman, pentru întregul lor aport afabil, pertinent şi generos în tehnoredactarea lucrării de față şi, respectiv, în conceperea şi elaborarea propriu-zisă a copertei sale.

Eugen Simion nota undeva că „eul care scrie modifică eul care trăieşte". Şi într-adevăr, după *plecarea în larg* a acestei cărți, rămân *la mal* cu câteva *trofee* memorabile. Printre acestea, cea mai importantă este convingerea că, în pofida tuturor *hiroşimelor* care ne însoțesc trecerea, trebuie să găsim mereu motive şi resurse de-a ne îndrăgosti de viață, chiar dacă drumurile ei nu sunt pavate cu aur, şi uneori nu sunt pavate deloc.

Pe scurt, să nu uităm niciodată că fiecare dintre noi era aşteptat, era aşteptat ca să-i paveze din drumuri, ca să-i sporească grădinile.

A.M

VÂRSTELE ADULTE

A. CONSIDERAȚII GENERALE

La finele adolescenței, personalitatea bio-psiho-socială a oricărei ființe umane este articulată într-o primă versiune, o versiune coezivă, dar perfectibilă. **Pentru a dobândi o viziune integrală asupra avatarurilor edificării umane, va trebui să derulăm mai departe *firul* ontogenezei**. Vârstele care se profilează la orizont sunt cele adulte. Ca şi senectutea, ele au rămas, o vreme, într-un relativ *con de umbră*, fenomen explicabil dacă ne gândim că unele eminențe ale domeniului, precum **Freud** şi **Piaget** şi-au condus analiza doar până la finele adolescenței.

➢ **E.Erikson** (1963) inaugurează însă o profitabilă schimbare de optică, deoarece **el îşi propune să deruleze ghemul vieții până la capăt, adică şi dincolo de adolescență**. Mutând centrul de greutate în dezvoltarea ființei umane pe forțele sociale, el consideră că **fiecare stadiu se caracterizează prin confruntarea dintre două forțe antagonice**, forțe ce conferă un caracter de criză fiecărei etape. Modul în care individul ştie să domine şi să dizolve această criză determină nu numai confortul său psihologic, ci şi

progresul din următoarele secvențe existențiale. Dintr-o asemenea perspectivă, **rezultă opt stadii psihosociale** (primul an, prima copilărie, vârsta preşcolară, copilăria mijlocie, adolescența, adultul tânăr, adultul mijlociu, bătrânețea), fiecare din ele individualizându-se prin câte o pereche de antinomii specifice. Există voci care pun sub semnul îndoielii universalitatea acestor stadii, precum şi crizele aferente lor, apreciind că ele sunt decelabile doar în societățile industrializate.

➢ La rândul său, **D.Levinson** (1978, 1986) **propune şi el o formulă extinsă de etapizare** ontogenetică, etapizare ce **reuneşte 4 sezoane**:

- ❖ copilăria şi adolescența (de la naştere la 17 ani);
- ❖ perioada adultă timpurie (între 17 şi 45 ani);
- ❖ perioadă adultă mijlocie (aproximativ între 40 şi 65 ani);
- ❖ perioada adultă în regresie (începând cu 60 de ani şi până la moarte).

➢ Deşi nu dorim să inventariem exhaustiv toate versiunile de etapizare ce epuizează întreaga ontogeneză[1], nu putem ignora soluția propusă de **U.Şchiopu şi E.Verza** (1997), care

[1] Putem menționa suplimentar, față de cele prezentate deja, şi contribuția propusă de Moers (1953) şi Ch.Büchler (1962).

plasează tinerețea (24/25-35 ani) în fruntea ciclului adult, urmată îndeaproape de vârsta adultă precoce (35-45 ani), vârsta adultă mijlocie (45-55 ani) şi vârsta adultă tardivă (55-65 ani).

B. TINEREȚEA

„Tinerețea înseamnă răsărit"

V.Hugo

În viziunea eriksoniană, **vârsta adultă tânără** (20-30 ani) este a şasea etapă a vieții, **fiind amprentată de opoziția dintre intimitate şi izolare**. Individul este preocupat acum de realizarea unor relații statornice şi profunde, cu un partener de sex opus. Dacă această încleştare de forțe se soldează cu un succes, individul dobândeşte o evidentă abilitate de a iubi şi a se dărui. Dimpotrivă, în caz de eşec, individul se însingurează, angajând relații superficiale cu semenii săi.

Conform opiniei vehiculate de Levinson (apud. **A.Birch**, 2000), **tinerețea** se subordonează etapei adulte timpurii, ce **se extinde**, aşa cum precizam mai înainte, pe o durată destul de mare, **între 17-45 ani**.

Încercând să jaloneze specificitatea de ființare a vârstei adulte timpurii, el relevă **efortul individului de a se autonomiza de matca parentală, precum şi strădania de a-şi fundamenta *visul* său**, adică un scop care să-i călăuzească drumul în viitor.

O notă definitorie, pentru etapa în cauză este şi **dorința tânărului de a avea un mentor**, o călăuză mai vârstnică şi mai experimentată.

➢ Date fiind carențele eşantionului utilizat (doar 40 de subiecți, exclusiv de sex masculin şi toți americani), **Roberts şi Newton** (1987) şi-au pus problema în ce măsură concluziile decelate de **Levinson** sunt extrapolabile şi la sexul feminin.

Fructificând prestația unor teze de doctorat nepublicate şi care vizează un lot format din 39 femei, ei au concluzionat că ascensiunea detectată la tineri este prezentă şi la tinere (dar într-o configurație mai complexă).

Concret, **interesul față de *vis* este prezent şi la femeie, desfăşurând unele particularități** şi nuanțe:

- *visele* sunt mai bogate, în sensul că, până şi la intelectuale, căsătoria se plasează în vârful ierarhiei, secondată de cariera profesională. Interesant este că succesul soțului ocupă o parte din *visul* feminin;
- întrucât femeia găseşte cu mai multă dificultate un mentor, acest deziderat nu figurează printre prioritățile vârstei;
- chiar dacă tranziția se produce la 30 de ani, şi în cazul sexului feminin, maniera de concretizare

un imperativ, având în vedere complexitatea problemelor psiho-sociale inerente ei, dar şi aportul notabil pe care tineretul îl are în propăşirea socio-economică şi culturală a comunităţii umane. În plus, nu trebuie să uităm că vârsta tinereţii contribuie cel mai mult la supravieţuirea speciei.

Privind **tinereţea din perspectiva propusă de OMS**, adică, mai precis, **între 18/20–35 ani**, observăm că la începutul intervalului, **tânărul poate fi angrenat în mai multe alternative**: unii activează într-un serviciu, alţii frecventează o instituţie de învăţământ superior şi, în fine, există şi situaţii când, paralel cu serviciul, sunt continuate şi studiile.

După aceste consideraţii de ansamblu, **să degajăm câteva trăsături definitorii ale tinereţii.**

Concomitent cu dobândirea identităţii profesionale, **relaţia cu familia de proveniență se emancipează**, mai ales când individul trăieşte şi în altă localitate. **Relaţiile sociale anterioare traversează evidente diluţii**, paralel cu structurarea altora noi.

Tânărul **gustă din plin mirajul iubirii şi debutul vieţii de cuplu**. Întreaga lui personalitate gravitează în jurul a două ancore: dragostea şi profesia. Cât priveşte conduita, aceasta e marcată de **străduania învăţării practic-productive şi de nevoia sa stringentă de autoafirmare**.

Aşa cum sesizează **Sheehy** (1976), dacă interogaţia fundamentală în adolescenţă era: *Cine sunt eu?*, **tinereţea e dominată de întrebarea:** *Cum îmi pun aspiraţiile în practică?* (apud.A.Birch, 2000).

Din dorinţa de a contura **identitatea tinereţii, White (1975) propune următoarele caracteristici:**

- existenţa unui eu consistent coagulat şi statornic;
- paralel cu rarefierea interesului faţă de sine, apare deschiderea evidentă faţă de semeni, inclusiv faţă de trebuinţele acestora;
- se diversifică şi se rafinează plaja de interese şi preocupări;
- apare receptivitatea faţă de dimensiunile umane ale valorilor şi de modul în care ele se materializează în societate;
- se dezvoltă nevoia de ocrotire a celorlalţi, atât a celor apropiaţi, cât şi în general, a celor vitregiţi de soartă.

EVOLUŢIA PSIHOLOGICĂ

Vârsta tinereţii aduce cu sine **o maturizare confortabilă a structurilor bio-psihice**, aşa încât subidentităţile

derulează îndeaproape opțiunile ei anterioare: dacă înainte, căsătoria şi maternitatea i-au dominat existența, după tranziție, interesul ei se focalizează spre profesie şi invers.

Acelaşi tip de suspiciuni evocate de cercetarea lui **Levinson** sunt valabile şi în cazul studiului semnat de **Roberts** şi **Newton** (chiar dacă acum e vorba de un eşantion strict feminin).

În consonanță cu poziția adoptată de U. Şchiopu şi E.Verza (1997), **tinerețea cuprinde intervalul dintre 24/25-35 ani, subetapizându-se după cum urmează**:

- **perioada de ucenicie (stagierat)**, care ocupă spațiul dintre 24/25-28 ani şi se caracterizează prin adaptare profesională şi familială;
- **perioada de implantație** (28-32 ani) se distinge prin consolidarea experienței profesionale şi diversificarea statutului parental (dacă încep să apară copiii);
- **perioada de stabilitate relativă** a adaptării, a valorilor, a conduitelor etc. (32-35 ani).

Să creionăm succint fiecare subsecvență:

În **perioada de ucenicie**, responsabilitățile sunt destul de fluctuante încă, dar individul face progrese de adaptare în

colectivul de muncă. Întemeierea unei familii îi solicită capacitatea de adaptare, atât pentru rolul marital, cât şi pentru cel de părinte (de îndată ce se naşte un copil). Din nefericire, datorită lipsei unor competențe pedagogice adecvate noilor roluri, întregul efort al tânărului, în aceste din urmă direcții, poartă amprenta unui evident amatorism.

În a doua subsecvență, se produce o ancorare mai profundă şi mai pertinentă în profesie. Nu de puține ori, frecventarea unor cursuri de perfecționare profesională, cursuri de limbi străine etc. îi potențează şi rafinează întregul demers.

Angajarea în eventuale organizații politice îi diversifică spectrul de relații sociale. Concomitent cu sporirea servituților familiale (educative şi gospodăreşti), paleta loisir-urilor se restrânge, dar toate aceste sacrificii vor fi pe deplin răsplătite prin darurile inegalabile ale parentalității.

Ultima subetapă a tinereții asigură, prin expansiunea experienței profesionale, un avans al statutului profesional, asezonată cu noi responsabilități (chiar funcții), care diversifică pe verticală relațiile oficiale ale persoanei. Prin stabilizarea existenței familiale, evantaiul preocupărilor de timp liber se deschide treptat.

Vorbind despre tinerețe, **sunt necesare unele precizări**. Mai întâi, vom menționa că studiul etapei de față se instituie ca

un imperativ, având în vedere complexitatea problemelor psiho-sociale inerente ei, dar şi aportul notabil pe care tineretul îl are în propăşirea socio-economică şi culturală a comunităţii umane. În plus, nu trebuie să uităm că vârsta tinereţii contribuie cel mai mult la supravieţuirea speciei.

Privind **tinereţea din perspectiva propusă de OMS**, adică, mai precis, **între 18/20–35 ani**, observăm că la începutul intervalului, **tânărul poate fi angrenat în mai multe alternative**: unii activează într-un serviciu, alţii frecventează o instituţie de învăţământ superior şi, în fine, există şi situaţii când, paralel cu serviciul, sunt continuate şi studiile.

După aceste consideraţii de ansamblu, **să degajăm câteva trăsături definitorii ale tinereţii.**

Concomitent cu dobândirea identităţii profesionale, **relaţia cu familia de proveniență se emancipează**, mai ales când individul trăieşte şi în altă localitate. **Relaţiile sociale anterioare traversează evidente diluţii**, paralel cu structurarea altora noi.

Tânărul **gustă din plin mirajul iubirii şi debutul vieţii de cuplu**. Întreaga lui personalitate gravitează în jurul a două ancore: dragostea şi profesia. Cât priveşte conduita, aceasta e marcată de **strădania învăţării practic-productive şi de nevoia sa stringentă de autoafirmare**.

Aşa cum sesizează **Sheehy** (1976), dacă interogaţia fundamentală în adolescenţă era: *Cine sunt eu?*, **tinereţea e dominată de întrebarea:** *Cum îmi pun aspiraţiile în practică?* (apud.A.Birch, 2000).

Din dorinţa de a contura **identitatea tinereţii, White (1975) propune următoarele caracteristici:**

- existenţa unui eu consistent coagulat şi statornic;
- paralel cu rarefierea interesului faţă de sine, apare deschiderea evidentă faţă de semeni, inclusiv faţă de trebuinţele acestora;
- se diversifică şi se rafinează plaja de interese şi preocupări;
- apare receptivitatea faţă de dimensiunile umane ale valorilor şi de modul în care ele se materializează în societate;
- se dezvoltă nevoia de ocrotire a celorlalţi, atât a celor apropiaţi, cât şi în general, a celor vitregiţi de soartă.

EVOLUŢIA PSIHOLOGICĂ

Vârsta tinereţii aduce cu sine **o maturizare confortabilă a structurilor bio-psihice**, aşa încât subidentităţile

sociale, profesionale, maritale şi parentale se echilibrează armonios, de îndată ce individul dobândeşte un statut şi un rol adecvat.

☯ Pe plan senzorial

Opinia că dincolo de vârsta adolescenței nu se mai produc schimbări evidente la acest capitol, s-a dovedit astăzi desuetă. **Exercitarea profesiei provoacă adeseori rafinarea unor capacități senzoriale, apariția unor discriminări subtile.**

O serie de profesiuni (medic, biolog, chimist, textilist, geolog, arhitect, psiholog etc.), după aproximativ 8-10 ani de exercitare, contribuie la **amplificarea sensibilității vizuale.** Suprasolicitarea ochilor la calculator poate provoca alterarea vederii. Cert este că, după vârsta de 27-30 de ani, acuitatea vizuală intră pe o pantă descendentă, aşa încât, adeseori, tânărul trebuie să apeleze la ochelari.

Referitor la auz, şi acesta **capătă finețe discriminativă** sub impactul unor profesiuni tehnice, muzicale, sportive etc.

Gustul şi olfacția traversează şi ele **un proces de rafinare**, odată cu internaționalizarea omului contemporan,

când paleta de contacte şi schimburi înregistrează o îmbucurătoare diversitate. De asemenea, exigențele cochetăriei, ce nu mai sunt astăzi doar apanajul sexului feminin, reclamă alegerea unor produse cosmetice de calitate (inclusiv cu un miros agreabil), care să potențeze procesul de individualizare, atât de mult râvnit de oricare tânăr.

Cât priveşte **simțul echilibrului**, acesta **progresează** evident **în unele profesii**, precum cea de constructor, diverse specialități sportive (alpinism etc.), salvamontist etc.

Ca o observație generică, menționăm că **pragul diferențial,** pentru toate categoriile de senzații, **cunoaşte o evidentă evoluție**, dar către sfârşitul tinereții se erodează treptat.

☯ Pe plan intelectual

Fără îndoială, exercitarea profesiei se acompaniază cu importante progrese intelectuale, ce vizează deopotrivă memoria, gândirea, înțelegerea, limbajul şi imaginația. De asemenea, nu de puține ori, exigențele zbuciumatului timp istoric pe care îl traversăm reclamă periodic **angajarea tânărului în activitatea de primenire şi completare a cunoştințelor prin cursuri de reciclare sau chiar impun acestuia schimbarea profesiei**, ceea ce presupune o preparație

corespunzătoare, prin traversarea unui proces de reprofilare, mai mult sau mai puțin îndelungat.

✦ *Memoria*

Cercetarea realizată de **Stepanova** (1975), pe un eşantion format din 2500 subiecți, cu vârsta cuprinsă între 18-40 ani, **a decelat existența unor momente de vârf ale memoriei la 19, 23, 24 şi 30 de ani**.

Tinerețea provoacă o restructurare a câmpului mnezic. Individul **este tot mai abil în a opera decantări pertinente între ceea ce este esențial şi ceea ce este periferic sau chiar redundant** în informațiile care îl asaltează de pretutindeni. De asemenea, face uz de unele strategii de reactualizare a cunoştințelor, strategii ce îi fertilizează competențele gnostice.

✦ *Inteligența*

Opiniile cu privire la performanțele inteligenței în etapele adulte ale vieții rămân mult controversate, cu toate cercetările asidue care au fost întreprinse pretutindeni în lume.

Astfel, **D.Wechsler consideră că dezvoltarea maximală a inteligenței se produce în intervalul dintre 20-25 ani**, după care intervine un declin discret, cu o rată de 0,5 anual, declin ce se accelerează după 50 de ani.

La rândul său, **Rosler** (1967), urmărind performanțele inteligenței, **depistează o creştere evidentă până la 20 ani,**

un evident platou între 20-30 ani, apoi o scădere treptată, dar continuă. Cele mai evidente eroziuni le înregistrează rezultatele la testele cu timp limitat, prin încetinirea tempo-ului proceselor motrice, odată cu înaintarea în vârstă.

Studiul inițiat de **Stepanova** (1975) **a detectat inclusiv proeminențele înregistrate de inteligență**, în intervalul dintre 18-40 ani. Mai precis, **aceste vârfuri se plasează la 20-23 ani şi respectiv, la 32 ani**.

Evoluând pe linia stipulată de **Cattell**, ce operează distincția dintre inteligența cristalizată şi cea fluidă, **J.L.Horn** şi **G.Donaldson** (1976) **apreciază că inteligența cristalizată creşte pe traseul ontogenezei**, întrucât se întemeiază pe experiențe de învățare cumulativă. În schimb, **inteligența fluidă este în ascensiune până la vârsta adolescenței, se conservă la acelaşi nivel de-a lungul tinereții, iar începând cu vârsta adultă mijlocie, începe să diminueze.**

I.Căpâlneanu (1978) constată, prin suport experimental, că **palierul dintre 30-40 ani semnifică un moment de apoteoză pe traiectoria inteligenței**.

Contestând poziția lui **Piaget**, conform căreia dincolo de adolescență nu se mai acumulează nimic semnificativ, din punct de vedere cognitiv, **unele notabilități ale domeniului apreciază că abia la adult se structurează gândirea**

operatorie formală. De pildă, **Gisela Lebouvie-Vief (1980)** semnalează apariția la adultul tânăr a unei remarcabile specializări în gândire. Cert este că activitatea cognitivă la vârstele adulte trebuie evaluată prin criterii diferite de cele operante în etapele anterioare, ea având o evidentă coloratură concretă şi pragmatică.

Din punctul nostru de vedere, aprecierea evoluției intelectuale (inclusiv a inteligenței) în ontogeneză trebuie individualizată în funcție de nivelul instruirii generale a individului, precum şi de asiduitatea exercițiului intelectual curent. Poziția noastră este consonantă cu opinia vehiculată de **Meili** (1965), **Bauer** (1966).

Concluzionând, numitorul comun care se degajă însă din majoritatea zdrobitoare a opiniilor invocate anterior este că, **la tinerețe, randamentul inteligenței funcționează, chiar dacă nu pe toată durata intervalului, la cotele cele mai ridicate**.

Din dorința de a ne sedimenta şi un spor de nuanțe, în această problemă, **am coordonat, în anul 2000, o investigație de teren, efectuată de absolventa noastră Karina Dan, asupra unui eşantion format din 70 de subiecți** (exclusiv de sex feminin), lot care a fost împărțit în două subeşantioane, unul format din 35 de studente, cu vârsta cuprinsă între 20-25

ani şi altul format tot din 35 de persoane, femei adulte, ce au absolvit o facultate şi au vârsta cuprinsă între 40-50 ani. Ambele subloturi au profiluri diverse de specializare profesională.

Bateria de teste destinată decelării inteligenței (cea generală şi cea verbală), precum şi mobilității intelectuale, a cuprins: *Matricele Progresive Raven* (versiunea standard), *testul verbal de inteligență* (**I.Holban**), *testul de mobilitate intelectuală* (elaborat tot de I.**Holban**). În urma travaliului statistic, **s-a obținut un avans semnificativ al intelectualelor adulte versus tinerele studente, atât sub raportul inteligenței generale, a inteligenței verbale, cât şi a mobilității intelectuale.** Altfel spus, la femeile de vârstă adultă mijlocie, cu un grad înalt de şcolarizare şi respectiv, cu o activitate intelectuală susținută, inteligența cristalizată, care se întemeiază prioritar pe experiențe cumulative de învățare, înregistrează un nivel superior de evoluție.

Grupul de studente, care încă se mai află în perioada de şcolarizare, **a înregistrat un ascendent asupra intelectualelor adulte în ce priveşte timpul de lucru, atât la testul Raven, cât şi la cel de mobilitate intelectuală**, ceea ce ne sugerează că ele sunt, pe ansamblu, mai rapide în execuție şi datorită unei flexibilități motrice suplimentare, concluzie care

rimează cu o serie de opinii autorizate din domeniu. Mai apoi, inteligența lor fluidă, care atinge un maximum, chiar în etapa ontogenetică pe care ele o traversează acum, este responsabilă de această stare de lucruri.

Timpul mai bun obținut de adulte, față de studente, la testul de inteligență verbală, se datorează faptului că această probă fructifică, mai mult decât celelalte două, o anumită instruire şi experiență de viață.

Desigur, cercetarea respectivă, având în vedere nereprezentativitatea eşantionului şi structura sa monocoloră, din punct de vedere al apartenenței de gen, nu permite generalizările dorite.

✦ *Limbajul*

Unele studii longitudinale, bazate pe teste de vocabular, nu indică deteriorări nici după 65-70 ani, ceea ce ne determină să reiterăm ideea că, **în tinerețe, limbajul funcționează la cote ridicate**. Iată însă că investigația realizată de **Nancy Denney** (1981), ne îndeamnă la o oarecare reticență. Operând distincția dintre abilitățile exersate şi cele neexersate, se apreciază că, această categorie din urmă, se angajează pe o pantă descendentă încă de la vârsta adultă tânără. Constatarea este valabilă chiar şi pentru abilitățile cele mai inflexibile la

deteriorările provocate de vârstă, cum sunt cele verbale şi cele de rezolvare a problemelor practice.

În concluzie, rezultă că **limbajul, pentru a funcționa la parametri ridicați, are nevoie de o stimulare permanentă inclusiv la vârsta tinereții.**

✦ *Învățarea*

Aşa cum sesizează **U.Şchiopu şi E.Verza** (1997), dominanta care dă relief învățării la adultul tânăr este **deplasarea accentului, de la învățarea programată social la autodidacticism**. Desigur, exercitarea unei profesii menține activă, în multe cazuri, învățarea din necesitate.

Un management înțelept al timpului reclamă respectarea fluctuațiilor generate de bioritm, cu cele trei dimensiuni aferente: cea fizică (cu o periodicitate de 23 zile), cea emoțională (cu o periodicitate de 28 zile) şi cea intelectuală (cu o periodicitate de 33 zile). Deşi s-au achiziționat suficient de multe dovezi care atestă că performanțele noastre sunt dependente de bioritmul personal (care se stabileşte în funcție de data naşterii), dar şi de variația bioritmului nostru în cursul fiecărei zile, suntem încă departe de a ține cont efectiv de această realitate.

Încă din primele decenii ale secolului al XX-lea, **Kraepelin a depistat oscilația pe care randamentul muncii o**

înregistrează de-a lungul unei ore, a unei zile, a unei săptămâni.

Din perspectiva evoluției zilnice, s-a constatat că traiectoria respectivă este dimineața în ascensiune, scade la amiază datorită digestiei pe care o declanşează hrana de la prânz apoi, spre sfârşitul programului de serviciu, creşte din nou, probabil şi datorită gândului revitalizant, ce încolțeşte la fiecare angajat, odată cu terminarea programului.

Raportând configurația randamentului de lucru la durata unei săptămâni, s-a constatat că acesta creşte până miercuri, joi, apoi declină spre finele săptămânii.

După cum este ştiut, în ultimele decenii, multe țări au adoptat programul de 5 zile lucrătoare pe săptămână, de obicei, cu câte 8 ore zilnic.

Desigur, **oboseala se acompaniază**, în afara unei senzații subiective disconfortabile, şi cu o serie de **indicatori obiectivi**:

- ❖ diminuarea randamentului activității, atât sub raport cantitativ, cât şi calitativ;
- ❖ perturbări fiziologice în diverse planuri (circulație, respirație, stocare de deşeuri metabolice etc.);
- ❖ alterarea activității, inteligenței şi a limbajului;

- ❖ activarea funcțiilor primare, automatisme, ticuri, stimularea unei pofte de mâncare necontrolate etc.

Vârsta tinereții se distinge printr-o remarcabilă capacitate de remontare, după o stare accentuată de oboseală. Fructificarea pârghiei motivaționale, indiferent de filiera prin care se acționează (recompense onorifice şi/sau materiale, promovări etc.) potențează această imensă capacitate recuperatorie.

☯ Pe plan reglatoriu

✦ *Atenția*

Multiplele solicitări şi exigențe ale exercitării unei profesii uzitează din plin de funcțiile atenției. După **Blumberg şi Lőwe** (1978), **concentrarea atenției traversează o anume eclipsă, între 30-35 ani**, mai ales, dacă ea este solicitată excesiv (peste 10 ore). Ulterior, odată cu sporirea experienței, individul face progrese în dozarea energiilor interioare, aşa încât **capacitatea atenției se revigorează**, ceea ce înseamnă că, între 35-40 ani, concentrarea se prezintă la un nivel ridicat, menținându-se astfel şi la vârsta adultă mijlocie. Paralel se

înregistrează progrese şi în ceea ce priveşte volumul şi distributivitatea atenţiei.

✦ *Afectivitatea*

Vârsta tinereţii este animată de o **viaţă afectivă intensă, cu un libido impetuos**.

Referitor la locul sexualităţii în viaţa tinerilor, investigaţia noastră de teren din anul 2000, realizată pe un lot ce a totalizat 112 studenţi (cu ajutorul unui chestionar special conceput), a evidenţiat că această preocupare ocupă un loc *important* la 66% din subiecţi si *foarte important* la 26% dintre aceştia. Analizând problema defalcat pe sexe, s-a decelat un anumit avans la băieţi faţă de fete, pentru opţiunea *foarte important* (35% comparativ cu 22%).

Trecând într-un alt registru al discuţiei, vom observa că nu de puţine ori, individul traversează **probleme de adaptare**. S-a constatat că tinerele sunt mai anxioase în raport cu procesul de integrare socio-profesională, eventualele insuccese provocând maculări adânci asupra imaginii de sine.

Fără îndoială, **multiplele evenimente existenţiale** pe care le traversează individul la vârsta tinereţii, au o intensă coloratură afectivă.

Aşa cum observă **Thurber** şi **Chiriboga** (1975), **tinerii se confruntă cu mai multe evenimente de viaţă** decât adulţii

de vârstă medie sau decât persoanele vârstnice. Modul cum rezonează un asemenea eveniment, în forul interior al individului, e condiţionat mai mult de optica acestuia faţă de faptul în sine, decât de configuraţia efectivă a evenimentului (**Lowenthal şi colab.**; apud. **A.Birch**, 2000).

Fără îndoială, orice modificare majoră a modului de viaţă al individului, indiferent de coloratura sa pozitivă sau negativă, generează o stare stresantă.

Printre evenimentele cu care tinerii se confruntă frecvent, **căsătoria mai ocupă încă un loc important**, chiar dacă a înregistrat o depreciere ce nu poate fi contestată, inclusiv în societatea românească a ultimului deceniu.

Autorităţile domeniului semnalează, tot mai apăsat, îndeosebi în deceniile 7-8 al secolului trecut, existenţa unei autentice entropii ce afectează instituţia maritală. Desigur, **această criză psihosocială a căsătoriei se concretizează printr-o paletă diversificată de simptome:** proliferarea alarmantă a infidelităţii, impregnarea patogenă a conflictelor dintre soţi şi dintre părinţi şi copii, sporirea disfuncţionalităţilor sexual-afective ale partenerilor de cuplu, răspândirea dezolantă a alcoolismului, multiplicarea oripilantă a violenţei domestice (inclusiv a incestului) etc.

Nu poate fi omisă, din acest context, nici **diversificarea modelelor sau pseudo-modelelor familiale.** Aşa se explică de ce, **o nouă formulă de cuplu – uniunea liberă se obstinează să se plaseze în vârful ierarhiei**, ceea ce denotă că mulţi tineri preferă să opteze pentru calitatea relaţiei şi nu pentru durabilitatea ei (**I.Mitrofan** şi **N.Mitrofan,** 1994). Important este că, **majoritatea adulţilor angajează relaţii de lungă durată, oficializate sau nu.** În ţările occidentale totuşi, 90% dintre adulţi se căsătoresc măcar o dată în viaţă (**A.Birch**, 2000).

Rezultă, prin urmare, că **instituţia căsătoriei nu s-a perimat în înţelesul profund al cuvântului.** Este vorba, mai degrabă, de o altă ierarhie axiologică şi de o altă cadenţă a ei, în sensul că partenerii manifestă o vigilenţă sporită în oficializarea relaţiei, preferând să prefaţeze aceste moment cu o perioadă de concubinaj, adică cu o perioadă de intercunoaştere sporită (**I.Mitrofan** şi **C.Ciupercă, 2002**).

Se apreciază că, **la nivel mondial, majoritatea căsătoriilor, respectiv 60%, continuă să fie aranjate, fie de părinţi, de prieteni sau de peţitori** (**A.Burgess**, 2003). Cu toate acestea, **decizia finală aparţine persoanei în cauză,** adică este vorba de alegerea liberă a partenerului, **din considerente preponderent afective.**

În paralel, **se produce şi o evidentă modernizare la nivelul canalelor de achiziţie a viitorului membru de cuplu.** Astfel, anunţurile şi agenţiile matrimoniale devin o practică din ce în ce mai uzitată. Sondând piaţa maritală, prin intermediul anunţurilor de acest tip, anunţuri publicate în ziarul *La Centrale des Particuliers,* **B.Lemennicier** (1988) **identifică setul de calităţi preferenţiale pe care bărbaţii, şi respectiv femeile, îşi întemeiază opţiunea pentru viitorul partener.** Concret, în cazul sexului masculin, ierarhia calităţilor necesare unei soţii, desfăşoară următoarea configuraţie: afecţiune, frumuseţe, feminitate, inteligenţă şi senzualitate. În schimb, femeile preferă de la viitorul soţ, un tablou semnificativ diferit de însuşiri: situaţie financiară bună, tandreţe, inteligenţă, masculinitate şi seriozitate.

Revenind la analiza modalităţilor de achiziţie a partenerului de viaţă, A.Burgess (2003) semnalează creşterea simptomatică a numărului de întâlniri realizate prin Internet, ceea ce va determina, după unele prognoze, ca în anul 2020, un procent de aproximativ 33% dintre cupluri să se cunoască pe această filieră.

În anul 1973, **Duberman** (apud. **A.Birch**, 2000) detecta existenţa a trei **tipuri fundamentale de căsătorie:**

- **căsătoria tradițională**, care acordă soțului cele mai multe prerogative, rezervând pentru soție doar suveranitatea în gospodărie și îngrijirea copiilor;
- **căsătoria camaraderie**, care nu acceptă discriminări între parteneri în privința responsabilităților și a deciziilor;
- **căsătoria colegială** se aseamănă cu tipul precedent, având ca notă definitorie coparticiparea partenerilor la calitatea vieții de cuplu, cu mențiunea că fiecare este responsabil cu un sector sau altul al mariajului, în funcție de capacitățile și interesele sale.

Se apreciază că, actualmente, în clasa socială mijlocie, cele mai răspândite tipuri de cuplu sunt ultimele două.

- **Angajarea într-un mariaj provoacă evidente schimbări asupra soților**. S-a observat că femeile sunt mai flexibile la modificările generate de această formulă existențială.

Pe ansamblu, **satisfacția maritală a cuplului descrie o curbă în formă de U**, înregistrând cote mai înalte la cele două capete (debut și final) și o evidentă scădere în etapa de mijloc (**Bengston și colab.**, 1990).

Sporirea asperităților și inflamarea relațiilor familiale este condiționată și de traiectoria evolutivă a copiilor, în sensul că ele se acutizează pentru o vreme, imediat după apariția primului născut și înregistrează un nou puseu tensionat când acesta ajunge la vârsta adolescenței, degenerând chiar într-o dublă criză: intergenerațională și interconjugală (**M.Segalen**, apud **P.Iluț**, 2000).

Confortul domestic depinde și de statutul profesional al membrilor cuplului, fenomen transparent dacă avem în vedere că profesia constituie o minunată sursă virtuală de satisfacție interioară. Astfel, femeile adulte casnice, precum și oricare dintre partenerii cu statut de șomer suferă mai mult de depresie decât cei care activează într-un serviciu.

- **Inventariind factorii psihosociali ce alimentează armonia vieții conjugale**, unii autori (**S.Taylor și colab.**, 1994; **R.Baron și colab.**, 1998) reiterează importanța decisivă a iubirii întemeiate pe prietenie, prezența unor stiluri cognitive și de coping similare în fața vicisitudinilor vieții, existența unei stime de sine înalte a partenerilor, funcționarea unei bune capacități de exprimare a sentimentelor.

Comparativ cu bărbații, **femeile acuză mai frecvent nemulțumirea față de căsătorie** (**Unger** și **Crawford**, 1992). În plus, **efectele benefice ale mariajului sunt mai numeroase**

la bărbaţii căsătoriţi decât la femeile căsătorite, influenţând pozitiv starea de sănătate, durata vieţii şi, în general, gradul lor de confort psihologic (**Veroff** şi **Feld**, 1970).

Cât priveşte **dinamica rolurilor maritale**, actuala generaţie de tineri a înregistrat o serie de particularităţi în sensul că se poartă tot mai frecvent partajarea, fără crispări şi prejudecăţi, a servituţilor domestice între cei doi parteneri. Ca urmare, bărbaţii se implică, pe zi ce trece, mai mult în gospodărie şi creşterea copiilor (mai ales, dacă femeia este angajată într-un serviciu). În pofida incontestabilelor progrese înregistrate, timpul pe care femeia îl dedică îndatoririlor casnice se obstinează să rămână la distanţe semnificative faţă de cel rezervat de bărbat aceloraşi activităţi (5 ore faţă de 1 oră şi jumătate). Rezultă că **sexul feminin** versus cel masculin **mai deţine încă responsabilitatea majoră în rezolvarea problemelor casnice.** Criteriul forţei fizice, în repartizarea sarcinilor din cuplu, continuă să strălucească încă pe frontispiciul cuplului contemporan (**Matlin**, 1993). Contrar unor prejudecăţi prăfuite, **bărbaţii a căror soţii activează într-o profesie au un tonus psihologic superior celor care au soţii casnice.**

În fine, **comportamentul casnic al bărbaţilor oscilează şi în funcţie de apartenenţa lor naţională**, astfel,

suedezii sunt mai harnici în gospodărie, comparativ cu americanii, datorită campaniei pe care guvernul suedez a promovat-o cu asiduitate pentru a eradica discriminările de gen (**Wright şi colab.**, apud.**A.Birch**, 2000).

Criteriile opţiunii maritale au cunoscut o evoluţie de-a lungul timpului, aşa încât astăzi se produce o deplasare a centrului de greutate de la cele socio-economice la cele socio-afective şi, mai ales, sexual-afective.

O opinie frecvent vehiculată în cultura occidentală este că **iubirea romantică constituie unul dintre criteriile cele mai des invocate pentru a întemeia o căsătorie sau o relaţie similară.**

Referitor la calitatea şi amplitudinea capacităţii umane de a iubi, mulţi autori, printre care şi **R.Michael** (2002), **atenţionează că iubirea de sine e premisa funciară a iubirii de celălalt**, deoarece nu poţi oferi cuiva ceea ce tu însuţi nu cumulezi în tezaurul tău sufletesc.

Steinberg (1988) propune o teorie triunghiulară a iubirii, care implică: angajare, intimitate şi pasiune. Conform acestui autor, calitatea iubirii depinde de ponderea fiecărui ingredient dintre cele trei menţionate. Evident, cea mai imbatabilă iubire este aceea care sintetizează, la cote înalte, toate aceste componente. Cert este că iubirea poate supravieţui

numai între egali, ce nu manifestă tendința de a lua „ostatici şi care au învățat să se iubească şi să se prețuiască lăuntric" (**P.Ferrini**, 2000, p.37). O dragoste conjugală durabilă seamănă cu o floare delicată, care reclamă să fie alimentată şi protejată prin efortul concertat al ambilor parteneri sau, altfel spus, este creația lor comună.

Desigur, **iubirea nu se confundă cu îndrăgostirea**, de aceea **Osho** (2002 a) recomandă ca decizia pentru căsătorie să fie luată într-o stare prozaică şi nu într-una poetică. S-a constatat că prezența **complementarității psihofizice între parteneri**, în contextul unei similarități socioculturale (mediu de proveniență, nivel de şcolarizare, statut profesional) **conferă mai multă longevitate unui cuplu** (**I.Mitrofan** şi **N.Mitrofan**, 1994). În plus, aşa cum menționează **A.Burgess** (2003), decalajul de instruire dintre parteneri, în favoarea femeii, creşte riscul de divorț cu 43%. Dorind să circumscrie cât mai detaliat această homogamie multicriterială, care alimentează întemeierea unei căsătorii, **P.Iluț** (2000) **adaugă şi alte criterii**: similaritate rasială, etnică, religioasă, de mentalitate (sistem valorico-atitudinal), de loisir, de vârstă.

Fără îndoială, **armonia unei perechi este condiționată şi de modul în care partenerii respectivi ştiu să se întâlnească, să vibreze şi în plan sexual**. O atitudine

sapiențială față de sexualitate ne îndeamnă să recuzăm extremele, adică atât subaprecierea, dar şi supralicitarea relațiilor sexuale în economia unui cuplu. Sexualizarea agresivă şi vulgară, pe care o propagă mass-media cu atâta generozitate şi lipsă flagrantă de limite, ca urmare a revoluției sexuale, se însoțeşte de multiple consecințe nocive, atât în plan social, cât şi individual.

Antropologul **J.D.Unwin** (apud. **J.Dobson**, 1994 a), în urma investigării celor 88 de civilizații, care s-au perindat de-a lungul istoriei umane, atrage atenția că toleranța libertinajului sexual a primejduit însăşi integritatea acestora, contribuind la dispariția lor.

La rândul său, medicul american **D.Hernandez (1990)** evocă **problemele medicale pe care le cauzează asupra individului excesele sexuale** şi tendința de a evada cu orice preț din mediocritatea sexuală, pentru a se desfăta cu tot felul de picanterii şi rafinamente, pe măsura celor etalate, fără nici o cenzură, în media de pretutindeni. Şi anume: sporirea durerilor de cap, creşterea tensiunii arteriale, persistența unor disfuncții digestive, accentuarea oboselii, desensibilizarea zonelor erogene clasice prin neuzanță.

De asemenea, există şi opinii autorizate care atestă că **expunerea îndelungată a individului la stimuli sexuali şi la**

perversiuni, în particular, prejudiciază capacitatea lui de a realiza un act sexual normal, şi fără să apeleze la practici şocante, nonconformiste, care să-i trezească simţurile din letargie.

Celebra observaţie a psihologului **J.Gray** (1996 a), devenită apoi titlul unui best-seller internaţional, că bărbaţii vin de pe Marte, iar femeile vin de pe Venus este valabilă şi în arealul sexualităţii. Din start, diferenţa dintre cele două sexe rezidă din aceea că, **sexualitatea masculină e genitală (locală), iar cea feminină iradiază asupra întregului corp. Trăirea orgasmului este un imperativ pentru ambii parteneri**, deoarece el iradiază asupra întregii claviaturi a fiinţei umane: corporal, psihologic şi spiritual. Aşa cum sesiza **Osho** (2002 a), plenitudinea luxuriantă a experienţei orgasmice constituie o condiţie indispensabilă în efortul de evoluţie spirituală, întrucât el oferă oricărui om o licărire de transcendenţă, ca urmare, lumina somptuoasă şi diafană ce străluceşte în orgasm, te invită **să sublimezi sexul, să-l depăşeşti, pentru că vine de dincolo.** Aşa se explică de ce una dintre cele mai incendiare cărţi ale lui **Osho** (1996) se intitulează *De la sex la supraconştiinţă.*

Navigând pe fluviul deosebirilor dintre cele două sexe, **se vorbeşte de natura funciar poligamică a bărbatului**, care

îl face mai apt pentru relaţii extraconjugale. Această particularitate corelează semnificativ şi cu o altă observaţie, şi anume aceea că, **bărbatul este interesat îndeosebi de dimensiunea sexuală a unei legături extraconjugale, în timp ce, o femeie adulterină caută, de regulă, o împlinire afectivă**. Mai mult, privarea apropierii sexuale de irizaţii romantice îi conferă adeseori femeii convingerea că este tratată ca o prostituată. Întrucât realizarea unui cadru intim pentru apropiere erotică este mai importantă la sexul feminin decât la cel masculin, orice bruiaj ce atentează la *geografia* actului sexual (zgomote exterioare persistente, prezenţa unor persoane indiscrete în camerele apropiate, o igienă corporală îndoielnică a partenerului etc.) îi poate genera inhibiţii destabilizatoare.

Chiar dacă iubirea (inclusiv cea conjugală) originează din *sămânţa sexului*, ea fiinţează dincolo de acesta. Iată pentru ce **nu se poate pune semnul egalităţii între dragoste şi sexualitate.** Adevărata iubire presupune o întâlnire între *centrele* celor doi parteneri. Pentru aceasta, condiţia preliminară este ca aceste centre să existe, adică să avem de-a face cu două fiinţe pline de lumină. Când iubirea este alimentată doar de atracţie sexuală, ea este sortită extincţiei, fără nici un dubiu.

G.Leleu (2003) pledează cu fervoare pentru cauza intimității, care în calitatea ei de sinteză magică dintre dimensiunea fizică şi cea psihică a unei relații de cuplu, se detaşează ca barometrul cel mai fidel pentru vigoarea şi durabilitatea ei. Acest rol privilegiat al intimității rezidă din faptul că ea se prezintă ca un evantai cu multiple nervuri: intimitatea senzuală, intimitatea sexuală, intimitatea afectivă, intimitatea intelectuală şi intimitatea spirituală. Pe scurt, *un cântec la patru mâini*, cu acorduri ce distilează cele mai profunde şi mai tainice arome ale ființei.

Asemenea dragostei, **şi căsătoria este un proces viu, dinamic, oscilatoriu**, care are propriile sale anotimpuri, ce developează fidel nu numai evoluția partenerului, ci şi propria noastră transformare. Pentru a se salva de patina necruțătoare a timpului, de surogate şi platitudini, **cuplul marital trebuie mai întâi igienizat de toate miturile** care îi cosmetizează orizontul cu nepermise dulcegării. Pentru acest *duş* de luciditate şi realism, să-l luăm drept ghid pe **O.Pocs** (1989):

- **există *doar unul şi numai unul***, adică un singur *suflet-pereche* şi dacă jocul ghiduş al fericitelor întâmplări mi-l scoate în cale, angajarea într-un mariaj cu această persoană e o garanție indubitabilă a succesului marital. Această iluzie

conține din start două erori, mai întâi, că nu e unica ființă de pe lume cu care te armonizezi, mai apoi, întâlnirea unui partener potrivit este doar condiția necesară şi deloc suficientă a unei căsnicii împlinite, adică e doar începutul pentru că destinul ei pe ansamblu este condiționat de efortul ajustărilor şi interacomodărilor ulterioare

- **mariajul nostru va fi fericit, întrucât a fost prefațat de o *curte* îndelungată.** Este adevărat că unii specialişti în materie recomandă ca înainte de legalizarea relației dintre doi parteneri, aceştia să fie împreună minim doi ani. Cu toate acestea, şi având în vedere inerentul *tangaj* la care este supusă *nava* căsătoriei, oricât de promițător şi copios a fost *aperitivul*, el nu asigură automat reuşita mesei, căci orice mariaj înseamnă schimbare, ceea ce reclamă din partea soților imensă flexibilitate şi inspirație adaptativă;
- **noi suntem altfel decât ceilalți,** aşa încât oricât de răspândit este astăzi divorțul, acesta este o *molimă* care nu ne va contamina şi pe noi. Desigur, fiecare cuplu, ca şi fiecare persoană

este o premieră absolută, irepetabilă. Ca un element comun, orice pereche a crezut fierbinte în această aserțiune, la debutul relației lor, chiar și cele care au derapat în furtuna unui divorț;

- **după căsătorie, am să-mi modelez partenerul după tiparele mele**. O asemenea tentativă, specifică îndeosebi femeilor, va fi receptată de celălalt ca o rejecție simbolică, iar resentimentele lui nu vor întârzia. Altfel spus, dorința de a-ți reeduca partenerul este un *cal troian* periculos, adus în *cetatea* iubirii cu cele mai bune intenții, dar care va cauza efecte nocive, căci pe această cale, încercăm să nivelăm diferențele dintre noi, adică să obturăm însuși izvorul ce a irigat atracția inițială. Mai apoi, distrugem cea mai importantă *vitamină* a unei relații–respectarea libertății celuilalt. Este și motivul pentru care **J.Gray** (1996 a,b) recomandă femeilor ca, ori de câte ori doresc să-și ajute bărbatul să progreseze, ele să nu încerce niciodată schimbarea sau perfecționarea lui. Și așa cum cei de pe Marte nu dau sfaturi decât atunci când sunt solicitați, locuitoarele originare

de pe Venus trebuie să se comporte similar, altfel procesul de restaurare a partenerului eșuează definitiv. Secretul constă în a-l trata cu apreciere, încredere, încurajare, adică de a exploata la maximum ofrandele nebănuite ale fenomenului Pygmalion.

- **soțul (soția) îmi va împlini toate dorințele**. Este o inferență eronată, căci nici o ființă umană nu poate întruni atâtea valențe, oricât de dotată și multilaterală ar fi, încât să acopere cerințele partenerului de cuplu;
- **dragostea este moneda imbatabilă, adică liantul indestructibil care ne va ține împreună**. Avem de a face și în acest caz cu o fantasmă, ce tulbură realismul, deoarece iubirea, chiar dacă se plasează în fruntea argumentelor care au condus la întemeierea unui cuplu, ea suportă, mai ales în registrul ei romantic, inevitabile diluții și erodări, motiv pentru care este nevoie de un efort conjugat pentru a o consolida și relansa. Mai precis, când o serie de sentimente negative o ecranează, ieșind în avanscenă, invocarea luminoaselor amintiri

comune de odinioară constituie o excelentă strategie prin care se poate reanima o iubire decolorată pentru a-i reda ceva din reliefurile şi voluptăţile nicicând secătuite total. În paralel, cei doi parteneri trebuie să fortifice şi celelalte canale de comunicare;

- **noi nu ne vom certa niciodată.** Tratarea idilică a căsătoriei, ca un spaţiu mirific, depoluat de zgura oricărui conflict, este o mare capcană. Ca orice relaţie umană, şi cea maritală e bântuită de asperităţi şi disensiuni. Desigur, un cuplu responsabil va încerca soluţionarea în timp util a disputelor majore, prin negociere şi chiar prin unele compromisuri. Fructificarea creativă a unui conflict acumulează un imens potenţial stimulativ pentru dinamica unui cuplu. Pierderea de sub control a situaţiilor conflictuale şi, mai ales, persistenţa lor poate să genereze însăşi demolarea universului conjugal, ca în cunoscuta piesă *Mânia* a lui **Eugen Ionesco**.
- **conservarea unei relaţii sexuale satisfăcătoare alimentează menţinerea nealterată a fericirii.** Avem aici o falsă problemă, deoarece

există multe cupluri reuşite, unde sexualitatea are un rol secundar. Această observaţie se verifică oricum, pe măsura înaintării în vârstă a partenerilor.

Raportul de cauzalitate funcţionează mai degrabă invers, armonia sexuală nu este atât cauza, cât corolarul unui mariaj fericit. Iar ca un argument suplimentar, **J.Dobson** (1994 a, p.107) observa că „majoritatea conflictelor din pat sunt cauzate de cele din afara patului". Există, de asemenea, o premisă de aur în această problemă, premisă care nu trebuie uitată nicicând, şi anume aceea că femeia are nevoie de iubire, ca să fie interesată de un act sexual, în timp ce bărbatul are nevoie de sex pentru a-şi deschide inima către iubire (**J.Gray**, 1998);

- **comunicarea optimă între noi ne permite să abordăm orice problemă.** Deşi buna comunicare între parteneri este indispensabilă într-un cuplu fericit, fiind „sângele unei relaţii" (**A.Nuţă**, 2002a, p.11), ea nu asigură automat stabilitatea mariajului respectiv. Ca urmare, există căsnicii care apelează la un divorţ, deşi

soții nu au avut niciodată probleme de comunicare.

Vigoarea și longevitatea unui cuplu sunt condiționate de respectarea unor reguli fundamentale, reguli care nu trebuie canonizate, dar care se comportă ca un îndreptar prețios. Pentru contabilizarea lor, vom încerca să sintetizăm, mai mult sau mai puțin selectiv, două opinii referențiale în domeniu: cea formulată de **Benson** (1971) și cea vehiculată de **C.Cowan** și **M.Kinder** (1989):

- **partenerii cuplului sunt coautori principali ai calității și duratei relațiilor dintre ei,** ceea ce înseamnă că este nevoie de o strădanie conjugată a ambilor, de perseverența și implicarea responsabilă și neîntreruptă, pentru a tămădui în timp util toate ulcerările ce survin implacabil pe traseu. Altfel spus, chiar și **relațiile stabile se modifică mereu**. Este un adevăr ferm, oricât de paradoxal ar părea, pentru că orice om, indiferent de sex, este o ființă pantareică, în plină și neobosită amenajare interioară. Ca urmare, cuplul însuși traversează permanente transformări, căci fiecare din membrii săi evoluează mereu, iar modificările

unui partener reclamă și ele reacții transformative din partea celuilalt. Rezultă că „a trăi înseamnă a te schimba pentru a te adapta... printr-un efort de ajustare progresivă", efort ce funcționează într-un fel de *troc* inconștient între mine și semeni, inclusiv între mine și partener (**F.Lelord** și **C.André**, 1998, p.319). În fața acestei stări de lucruri, cea mai inspirată soluție este de a trata schimbarea ca pe o *criză de creștere*, ca o provocare ce poate aduce o briză primaverală, încărcată de ofrande nebănuite. Mai apoi, aici se înfiripă și cel mai prețios antidot împotriva rutinei și a toropelii hibernale din viața de cuplu;

- **partenerul nu este un terapeut omniscient pentru toate problemele noastre interioare,** chiar dacă poate și trebuie să fie un suport moral neobosit. Ca urmare, ar fi necesar să începem prin a ne iubi mai întâi pe noi înșine, grădinărindu-ne ființa prin eforturi proprii, pentru a ne autotămădui;
- **este o iluzie să crezi că prin iubire se dobândește subit aptitudinea de a *lectura***

gândurile şi dorinţele partenerului. Iată motivul pentru care, ca să eviţi tristeţi şi dezamăgiri inutile, îndrăzneşte să mărturiseşti direct, explicit, trăirile şi aşteptările tale în faţa celuilalt;

- **cea mai expresivă dovadă a iubirii este, mai ales, fapta şi nu vorba**. Concret, oricât de elixirante şi de bine venite ar fi declaraţiile de dragoste, ceea ce rezistă cu adevărat în timp sunt gesturile şi acţiunile noastre. De la a aduce un dar, măcar din când în când (chiar şi unul simbolic) şi până la a-l veghea cu afecţiune şi devotament atunci când este bolnav, iată doar două dintre numeroasele ipostaze pe care le poate îmbrăca simfonia iubirii;
- **infidelitatea poluează întotdeauna iubirea**. Printre efectele importante cu care se acompaniază revoluţia sexuală este şi acela că ea a provocat, la ambele sexe, detronarea fidelităţii de pe *soclul* iubirii. Din păcate, lucrurile au degenerat atât de mult încât relaţiile extraconjugale sunt invocate ca pe ultima *barcă de salvare* menită să recupereze şi să resusciteze

un cuplu aflat în derivă. Chiar dacă infidelitatea nu mai ocupă poziţia privilegiată (în trusoul argumentativ al divorţului) şi chiar dacă adulterinul reuşeşte să menţină discreţie totală asupra evadărilor sale, ceva se distruge în mod iremediabil, deoarece *fundaţia de rezistenţă* a cuplului a suferit deteriorări majore. Pe scurt, onoarea şi loialitatea se obstinează să rămână ingredientele funciare şi pentru cuplul contemporan. De altfel, intoleranţa faţă de infidelitate şi-a găsit o elocventă confirmare în cercetarea noastră, din anul 2000, când am constatat că majoritatea confortabilă a respondenţilor, respectiv 81%, recuză cu virulenţă ipostaza ca partenerul să se angajeze în relaţii extraconjugale, după cristalizarea cuplului. Din perspectiva unei tradiţii încă active, intransigenţa băieţilor este mai ferm articulată decât cea a fetelor. (91% faţă de 77%). **A.Burgess** (2003, p.211) recomandă câteva strategii utile pentru protejarea partenerului de ispite: să-ţi conservi şarmul fizic; să arborezi un comportament iubitor şi conciliant; să te pui de acord cu

partenerul; să-i oferi argumente concrete, ce evocă apartenența (ca de pildă, un inel); să-l ții de mână, în public; să-i oferi bunuri materiale; să-i faci favoruri sexuale.

- **reproşurile dintre parteneri sunt întotdeauna distructive**. În esență, această practică sugerează rezistența noastră la schimbare, cu tot *tacâmul* de resentimente pe care îl incumbă, căci a-ți transforma mereu partenerul în *țap ispăşitor*, a-l expune permanent şi neobosit *tirului de artilerie* al acuzelor tale, iată o manieră imbatabilă de a-ți primejdui integritatea cuplului;
- **dăruirea este contagioasă**. Desigur, ea emană din altruism şi iubire necondiționată şi se concretizează prin aceea că, ori de câte ori este nevoie, suntem prezenți, alături de partener, pentru a răspunde pe măsura resurselor noastre la nevoile sale. Practicând actul de a dărui, oferim şi celuilalt un model de generozitate care poate deveni contagios, generând reciprocitate. Desigur, uzanța dăruirii are şi ea limitele sale. Convertită în cifre, aceasta înseamnă să

dăruieşti 70% şi să ceri 30%, altfel dăruirea devine un monolog naiv care, prelungit excesiv de mult, poate anunța extincția cuplului;

- **iubirea autentică este iertătoare**. Ucenicia aptitudinii de a ierta, *fără rest*, stângăciile şi greşelile, mai mari sau mai mici ale partenerului constituie un catalizator miraculos al armoniei din cuplu. Căci iertarea integrală înseamnă o inegalabilă ecologie psihică, când se eşapează, întregul şirag de sentimente negative (mânie, ranchiună, ostilitate etc.). În plus, te izbăveşte de autoacuzare şi culpabilitate, adică te ierți şi pe tine însuți. Fără îndoială, întregul proces este anevoios, căci implică subtile metamorfoze interioare, dar este un proces care merită, întrucât te poți tămădui de rugină şi suferință, pentru a regenera lumina. Forând mai profund, **M.Williamson** (2003, p.83) consideră că iertarea este „cheia către o iubire magică", adică o cheie accesibilă dacă avem în vedere că „în fiecare din noi se află un spațiu al inocenței, neafectat de greşelile noastre". Mai apoi, datorită imensului său potențial regenerativ,

iertarea se instituie şi ca un antidot privilegiat pentru a disipa umbrele existenței;

- **membrii cuplului să partajeze, cu solicitudine şi lipsă totală de prejudecăți, atât atribuțiile aferente educației copilului (copiilor), cât şi servituțile gospodăriei.**

Aşa cum precizam anterior, **ambientul unui cuplu conjugal nu este un spațiu paradiziac, lipsit de tensiuni şi animozități**, iar legalizarea unei relații nu constituie o *poliță* în alb, care să poată garanta un viitor comun.

Pe măsură ce anii trec, partenerii reuşesc să-şi cunoască întreaga *geografie*, iar **rutina, ca o *carie* nesătulă, distruge tot mai mult țesutul viu al cuplului**. Chiar şi sexul, ca orice comportament repetitiv, se perimează, dacă nu se iau măsuri de revitalizare.

Dar **pericolul cel mai grav,** ce poate primejdui integritatea unui cuplu, **este pierderea libertății,** indiferent dacă îl afectează doar pe unul dintre coechipieri sau pe amândoi deopotrivă. „Cea mai frumoasă relație între doi oameni, observă **A.Nuță** (2001, p.136), este relația dintre două libertăți, iar o întâlnire durează tot atât cât durează libertatea". Altfel spus, **soții** nu sunt gemeni siamezi, ceea ce înseamnă că ei **au dreptul elementar de a avea şi o *fantă* de viață**

exterioară mariajului, adică propriile lor preocupări, interese, prietenii etc. Desigur, permisivitatea unor asemenea momente de respiro este condiționată de respectarea unor bariere morale, fără de care s-ar derapa într-un lamentabil libertinaj. Glosând pe tema libertății în cuplu, **Kahlil Gibran** (2000, p.19) recomandă: "țineți-vă alături, dar nu chiar aşa de aproape, căci coloanele templului înălțate-s la anume distanță, iar stejarul şi chiparosul nu cresc unul în umbra celuilalt".

Ori, în realitate, **majoritatea partenerilor dintr-un cuplu promovează psihologia controlului extern**, ceea ce înseamnă că fiecare are tendințe de a-l pilota riguros pe celălalt şi a arunca integral asupra acestuia culpa tuturor disfuncționalităților. Dezvoltând această temă, **W.Glasser** (2000), întemeietorul Institutului de Terapie a Realității (1967), pledează fără echivoc pentru **înlocuirea controlului extern cu teoria alegerii**, ca un imperativ pentru conservarea vitalității unui cuplu. În consonanță cu această teorie, dintre cele zece axiome care o populează, cea care se detaşează ca un veritabil *cap de pod* este certitudinea **că nu-ți poți controla cu adevărat decât propria ta viață.**

Fără îndoială, până şi proastele dispoziții sunt contaminante în interiorul familiei. De aceea, ele trebuie ținute sub control, adică să nu le aruncăm asupra celuilalt cu aceeaşi

dezinvoltură cu care sunt deversate în mare deşeurile radioactive.

Rezultă că orice tentativă de corecţie şi reamenajare a unui cuplu reclamă aclimatizarea teoriei alegerii, ceea ce permite **înlocuirea teoriei constrângerii cu negocierea, empatia şi încurajarea.**

Acelaşi autor lansează şi **conceptul de *lume specială*** (proprie fiecărui om), lume ce coexistă cu cea reală şi graţie căreia percepem diferit lumea, adică suntem atât de subiectivi. Ei bine, animozităţile şi conflictele dintre oameni, în general, şi între partenerii maritali, în particular, se nutresc mai ales din diferenţele ce separă lumile lor speciale. De aceea, construirea unei relaţii armonioase cu cineva reclamă cunoaşterea lumii lui speciale, adică a oamenilor şi a lucrurilor sale preferate, precum şi a ideilor şi convingerilor lui majore. Altfel spus, un cuplu este coeziv şi eficient dacă fiecare partener a reuşit să-i descifreze şi să-i respecte lumea specială a celuilalt.

De asemenea, constituie mărturia unei certe înţelepciuni de viaţă, ca **membrii unei căsnicii să intervină activ şi în timp util pentru dezamorsarea oricărui conflict**, ca să prevină cronicizarea lui. Aşa cum menţionează **J.Dobson** (1994 a), **reuşita** unei asemenea intervenţii **este condiţionată de alegerea inspirată, atât a momentului** când se intervine,

cât şi a cadrului şi respectiv **a metodei** la care se apelează. Concret, timpul optim presupune ca partenerul să fie într-o stare destinsă şi receptivă, categoric nu imediat după venirea de la serviciu. Cât priveşte spaţiul cel mai propice pentru o asemenea intervenţie se referă la un loc agreabil, pe cât posibil în afara căminului conjugal şi ferit de prezenţe indiscrete (mai ales, de proprii lor copii). În fine, metoda cea mai fecundă o constituie dialogul, un dialog impregnat cu afecţiune şi căldură, când iniţiatorul trebuie să evite, cu maximă precauţie, orice rechizitoriu la adresa defectelor partenerului, concentrându-se exclusiv în a evoca doar propriile lui dorinţe şi probleme.

Din păcate, adeseori, când toate tentativele mai mult sau mai puţin inspirate de salvare a unui cuplu eşuează, se ajunge la divorţ. Partenerii realizează atunci că, aşa cum afirma psihologul american **P.Hauck** (1995, p. 27), verigheta nu este şi „inelul de care este prinsă cheia penitenciarului celuilalt".

✦ ***Divorţul***

Separarea prin divorţ a partenerilor maritali sugerează, cel mai frecvent, o căsnicie aflată în derivă, de multă vreme. Desigur, nu înseamnă că astfel a fost eradicată suferinţa maritală, dovadă că foarte multe persoane nefericite n-au ieşit încă din *temniţa* mariajului lor.

Nu întâmplător, una din legile mamei lui Murphy (**B. Lansky**, 1997, p.84) cumulează într-o manieră suculentă următorul adevăr: "50% din cuplurile căsătorite divorțează, celelalte 50% încă se mai ceartă". Şi într-adevăr, **disrupțiile conjugale sunt mai numeroase decât divorțurile oficiale**, mai ales, datorită penuriei de locuințe şi al convingerii, mult răspândită şi liber asumată de numeroşi părinți, că în beneficiul copiilor, orice sacrificiu din partea lor constituie o datorie peremptorie (**P.Iluț**, 2000).

Luând în discuție frecvența fenomenului, se apreciază că **astăzi, din 3 căsătorii, una ajunge la divorț** (**A. Birch**, 2000). După opinia lui **Reiss** (1980), cele mai frecvente divorțuri survin în primii 7 ani de la încheierea căsătoriei. În plus, cuplurile care s-au căsătorit înainte de 20 ani sunt mai expuse la divorț. O statistică recentă, pusă în circulație de **A.Burgess** (2003), menționează că până la împlinirea vârstei de 40 ani, pericolul divorțului se diminuează cu 9%, pentru fiecare an petrecut împreună.

Dintre cele mai răspândite cauze ale divorțului, spicuim următoarele (**P.Iluț**, 2000): cristalizarea unei noi mentalități despre divorț (ce nu mai este tratat ca un eşec, ci ca o soluție constructivă în fața unei crize insolvabile); emanciparea economică a femeii (care, având propriile sale

resurse de subzistență, nu mai este dispusă să tolereze o căsnicie nocivă şi degradantă); democratizarea generală a societății şi implicit a instituțiilor ce odinioară incriminau draconic divorțul (este vorba de liberalizarea juridică, religioasă, precum şi a opiniei publice); sporirea apreciabilă a speranței de viață (ceea ce îi determină pe parteneri să nu se mai complacă într-un compromis insalubru, ci să taie *nodul gordian* al nefastei lor căsnicii, pentru a acorda o şansă anilor care vor veni).

Dintre cauzele ce pot genera un divorț, alături de cele care au fost deja menționate, **mai invocăm câteva** (**P.Hauck**, 1995): obiceiul unui partener de a da prea mult şi a celuilalt de a primi în exces; incompatibilitatea esențială (de exemplu, unul e foarte religios, celălalt ateu); ignorarea diferențelor subtile, dar profunde dintre bărbat şi femeie; incapacitatea de a te cenzura la mânie; tendință de aservire a partenerului; ignorarea schimbării ce afectează fiecare membru al cuplului (cu o periodicitate de 5-10 ani) şi inaptitudinea de a te mula flexibil la aceste transformări etc.

De regulă, **ambii parteneri sunt marcați profund de un asemenea eveniment**. Pe scala ce ierarhizează factorii stresanți, în funcție de intensitatea lor, divorțul ocupă poziția secundă, după decesul partenerului de cuplu. Virulența

efectelor cu care se acompaniază orice divorț este cauzată de configurația etapei premergătoare: dacă aceasta a fost poluată de disensiuni grave şi îndelungi, persoana poate recepta separarea definitivă ca pe o binecuvântată eliberare, dimpotrivă dacă evenimentul s-a consumat intempestiv, fără indicii sau preparații anterioare, el semnifică o traumă majoră.

Divorțul ulcerează apreciabil identitatea persoanei, dacă aceasta s-a căsătorit la o vârstă prea fragedă (**Wiseman**, 1975). Aşa cum precizează **P.Iluț** (2000), **gravitatea consecințelor divorțialității este funcție de mai mulți factori**: existența copiilor; capitalul afectiv, dar şi cel material investit în căsnicie; cine dintre parteneri a intentat divorțul; valoarea fiecărui partener pe piața maritală; constelația de rude şi prieteni care îl poate antura consolator pe oricare dintre soți.

De obicei, copiii sunt lăsați în custodie maternă, de aceea **frustrările psihologice sunt mai importante pentru tată, iar costurile materiale, pentru mamă** (în special dacă ea nu se recăsătoreşte). Conform opiniei lui **Wallerstein** şi **Kelly** (1980), nocivitatea divorțului asupra copilului este condiționată de mai mulți factori: vârsta acestuia în momentul consumării evenimentului respectiv; amplitudinea conflictelor din familie; sănătatea mentală a părinților; calitatea familiei unde trăieşte acum. În acest areal explicativ, menționăm că

stima de sine, la copilul care tranzitează divorțul părinților săi, rămâne mai robustă decât a celui care continuă să trăiască în mijlocul unui infern conjugal (J.Cooper şi colab., 1983). Există autori care opinează că atunci când copilul din familia monoparentală are posibilitatea să relaționeze pozitiv cu celălalt părinte (de obicei, cu tatăl său), profilul lui de personalitate nu înregistrează deteriorări semnificative, comparativ cu cel crescut într-o familie biparentală. O viziune grosieră asupra problemei ne îndeamnă să prezumăm că absența unui părinte din preajma copilului determină multiplicarea cazurilor de eşec şcolar şi de delincvență. Observația se validează, mai ales, în contextul sărăciei, pentru că atunci când se elimină acest factor, fenomenele respective se temperează până aproape de extincție. Totuşi, **absența tatălui constituie un factor de risc pentru comportamentul deviant al copilului.**

Pe linia postulată de **Bohannon** (1985, apud **A.Birch**, 2000), **orice proces de divorț cumulează mai multe fațete:**

- **divorțul emoțional** se concretizează printr-un registru amplu de trăiri şi comportamente negative (reproşuri, absența iubirii şi a suportului, infidelitate etc.);

- **divorțul legal** se referă la procesul oficial de desfacere a mariajului. Multe cupluri tinere dau dovadă de o flagrantă inocență în ceea ce privește traseul laborios, stresant și chiar umilitor pe care trebuie să-l parcurgă până la finalizarea oficială a separării;
- **divorțul economic** vizează ansamblul deciziilor pe care partenerii trebuie să și le asume până la finalizarea acțiunii de partajare a banilor și a bunurilor (mobiliare și imobiliare), deținute în comun;
- **divorțul coparental** este prezent doar în cazul cuplurilor care au copii și se concretizează prin aceea că doar unul dintre părinți obține custodia asupra minorului (minorilor);
- **divorțul comunitar** implică schimbările inerente pe care noul statut al persoanei (cel de divorțat) le generează asupra relației ei cu anturajul. Ca urmare, mulți indivizi se auto-claustrează într-o solitudine igienică pentru a-și tămădui rănile, ceea ce provoacă rupturi în raporturile cu prietenii de odinioară;

- **divorțul din dependență** se referă la faptul că persoanele autonome în viața conjugală, după divorț se emancipează rapid, în schimb, cele aflate la antipod, vor simți un acut sentiment de debusolare.

Taxonomia propusă de **Bohannon**, în pofida relativismului ei, are meritul de a atenționa asupra caracterului plurivalent al divorțului.

✦ ***Parentalitatea***

Deși **profesiunea de părinte** este de maximă importanță (poate chiar cea mai importantă prin efectele sale majore) și cu toate că nu moștenim abilitatea de a ne educa copiii proprii, ea **se practică în modul cel mai lamentabil amatorist cu putință**.

Desigur, nu putem emite pretenția ca orice părinte să frecventeze înalte cursuri de psihologie a dezvoltării și de pedagogie, dar, așa cum sesiza **P.Morand de Jouffrey** (1998), **cunoașterea unor repere fundamentale, precum și a semnificației câtorva dintre comportamentele copilului îl poate ajuta** pe acesta să nu bagatelizeze simptomele aparent minore și nici să supraliciteze ponderea celor care țin de fluxul natural al maturizării. Există, din fericire, o sumedenie de cărți, cu un caracter aplicativ prin excelență, precum cea semnată de

A.Bacus (2000, p.6)) şi intitulată *Creşterea copilului. 1000 de sfaturi practice* care, într-o manieră lapidară, dar eficace, sintetizează un bogat repertoriu format din „trucuri şi tertipuri", repertoriu ce reprezintă rodul „nemijlocit al experienţei parentale de teren".

În literatura de specialitate se vorbeşte de **fenomenul generativităţii** (apud. **A.Birch**, 2000), care se referă la dorinţa unui cuplu de a ocroti pe alţii şi, implicit aceea de a avea urmaşi. Resorturile care alimentează această stare de lucruri sunt, în principal, două: presiunea socială, îndeosebi cea care provine din partea propriilor părinţi, dar şi impresia că prin copii ai garanţia unui suport de nădejde la crepusculul vieţii.

Cert este că, din suita atât de asortată a îndatoririlor noastre, **parentalitatea se impune ca una dintre cele mai responsabile.** Aşa cum pe drept cuvânt sesiza **Osho** (2002), **oamenii nevrotici nu ar trebui să procreeze**, deoarece părinţii fiind pentru copil primele lui repere umane arhetipale, aceste modele tulburi şi insalubre psihologic vor fi introiectate şi disipate la cote sporite. Mai apoi, din perspectiva părintelui nevrotic, naşterea unui copil nu este remediul miraculos împotriva maladiei sale ci, dimpotrivă, prilejul de a o agrava.

Fără îndoială, **apariţia unui copil într-un cuplu se acompaniază de efecte bilaterale**, părinţii îşi modelează

copiii, dar şi copiii îşi formează părinţii, aşa cum a remarcat, cu inspiraţie, **J.de Ajuriaguerra** (1970).

Ca o mărturie că suntem mult prea profani în exercitarea profesiunii de părinte, s-a constatat că **naşterea primului copil exercită un impact bulversant asupra părinţilor, ocupând locul al şaselea,** pe o scară ce ierarhizează potenţialul stresant al unui număr de 102 evenimente (**Dohrenwend şi colab.**, 1978).

Fără îndoială, **debutul parentalităţii generează o serie de consecinţe pozitive şi negative**, atât asupra cuplului, cât şi a fiecărui membru în parte. Unii autori, mai ales de inspiraţie psihanalitică, apreciază că noua ipostază este benefică pentru părinţi, deoarece aceştia retrăiesc prin copil problemele cu care ei înşişi s-au confruntat odinioară, asanând astfel din asperităţile lor. Mai mult, pentru femeie, maternitatea este modalitatea prin care ea îşi onorează destinul său specific, fructificând „spaţiul intern productiv" (**E.Erikson**, 1968).

Capacitatea de adaptare a părinţilor, la apariţia unui copil în viaţa lor, este mult condiţionată de calitatea relaţiilor existente între ei, în perioada premergătoare evenimentului. Concret, cuplul în care a dominat armonia este mai apt să facă faţă exigenţelor dificile de creştere a copilului,

decât cel măcinat de animozități și disensiuni (**Cox și colab.**, 1989; **Heinike** și **Guthrie**, 1992).

Indiferent însă de starea relațiilor intramaritale, **debutul parentalității bruiază unitatea unui cuplu, indiferent cât de coezivă a fost ea anterior**. Astfel, **Schultz** (1972) semnalează o diminuare cu 50% a conversațiilor dintre proaspeții părinți, odată cu intrarea în scenă a copilului, iar când acestea totuși se înfiripă, ele gravitează tot în jurul problemelor cauzate de noul membru al familiei.

Alți autori mai sceptici, precum **Reibstein** și **Richards** (1992) evidențiază o diminuare constantă a satisfacției maritale, o dată cu sosirea celui dintâi copil.

Desigur, există și opinii mai optimiste care reiterează procesul de consolidare a mariajului, în alternativa că nașterea copilului a fost deliberat proiectată.

Parentalitatea **modifică și relațiile cuplului cu anturajul**: tinerele mame cultivă cu asiduitate doamnele aflate într-o situație similară, părinții manifestă tot mai mult interes față de instituțiile ce vor avea importanță în viața copilului lor (creșă, grădiniță, școală etc.). **Ataşamentul pe care părinții îl dezvoltă față de propria lor odraslă se individualizează prin câteva note caracteristice**: prezența responsabilității față de soarta copilului, necesitatea de a-și asuma autoritatea în

educația acestuia, apariția bucuriei sau a anxietății în funcție de modul cum reușește să-i satisfacă trebuințele.

S.Shapiro, K.Skinulis și R.Skinulis (1999) **furnizează părinților patru principii fundamentale, principii care se instituie ca veritabile borne de hotar în educația copiilor**:

- necesitatea de a descifra motivația comportamentului negativ al copilului (ce scop sau recompensă urmărește);
- copilul să suporte consecințele naturale și logice ale opțiunilor sale;
- tratarea cu respect a copilului, indiferent cât a fost de insolent comportamentul său;
- utilizarea consecventă a încurajării copilului, pentru a-i conserva nealterat respectul de sine.

Autorii în cauză oferă o multitudine de **sugestii,** din care vom spicui doar câteva: în fața copilului care dorește mereu să fie în centrul atenției, soluția este să fie luat în considerare doar când comportamentul său este acceptabil social, ignorându-l cu stoicism când încalcă această regulă; în locul pedepsei corporale, să se uziteze masiv de beneficiile încurajării, iar în caz de eșec sau greșeală, să fie amendată fapta și nu persoana; să se utilizeze cu perseverență democrația la domiciliu, ceea ce presupune luarea în comun a deciziilor în

cadrul unui consiliu de familie, ținut periodic; în fine, părinții să nu aspire niciodată spre perfecțiune în educație, căci este absolut suficient dacă reușește să aducă doar ameliorări semnificative.

C. VÂRSTELE ADULTE MIJLOCII (35-65 ANI)

„La oamenii activi, sentimentul timpului nu este niciodată dureros, dimpotrivă, pentru ei, acest sentiment este o forță care îi mână înainte".

E.Cioran

Frenezia cu care s-au cercetat vârstele de creștere și dezvoltare a plasat, până nu demult, într-un plan secundar etapele adulte ale vieții.

În descendența lui **Levinson** (apud.**A.Birch**, 2000), cu toate că investigația lui de teren s-a bazat doar pe un eșantion redus și format exclusiv din subiecți masculini, **a fost lansată ideea caracterului de criză pe care îl îmbracă perioada de la mijlocul vieții.** Opinia respectivă a făcut repede carieră, atât în SUA, cât și în Anglia, dar există și numeroase notabilități din domeniu care contestă, din cauza carențelor eșantionării, legitimitatea de a extrapola aceste concluzii pentru orice adult. Mai pesimist, **Vaillant** (1977) susține că majoritatea stadiilor ontogenetice sunt resimțite de unii indivizi ca având un caracter critic.

Interesant de menționat că, **Farrell** și **Rosenberg** (1981), extinzând numeric lotul de studiu, au detectat că doar la 12% din subiecții investigați, vârsta adultă s-a configurat într-o manieră problematică, **majoritatea adulților vizați invocând mai degrabă prezența unei tendințe de reevaluare a vieții**.

La rândul lor, **Long** și **Porter** (1984) semnalează **existența unor adulți care traversează acum sentimente de împlinire și armonie deosebită** față de acest anotimp al vieții.

Dincolo de combustia încă activă a controverselor, **Durkin** (1995) susține, pe drept cuvânt, că **mijlocul vieții are sau nu o alură critică în funcție de lentila prin care orice individ își privește viața**, lentilă ce este condiționată de structura sa de personalitate și de conjunctura socială în care trăiește.

Dintr-o altă perspectivă, **Erikson** (1963) consideră că **antinomia ce dă relief vârstelor adulte este cea dintre generativitate versus stagnare**. Mai mult, absența generativității, adică lipsa preocupării de a forma noua generație, suprapotențează egocentrismul, contribuind la „pauperizare personală" (**A.Birch**, 2000, p.287). Prezența acestui mecanism stimulativ de sens și semnificație este alimentat, după plecarea copiilor din cămin, de apariția nepoților.

Fără îndoială, vârsta adultă mijlocie reclamă, din partea individului, **realizarea unor viraje axiologice** (**Peck**, 1968). Și anume:

- să valorizeze preponderent înțelepciunea, comparativ cu puterea fizică și cu atractivitatea;
- să se aprecieze mai mult ca persoane individuale decât ca obiecte sexuale, indiferent de sex;
- să deprindă și să ruleze elasticitate emoțională, capacitatea irepresibilă de a realiza noi investiții afective, impuse de viață (moartea unor rude sau prieteni, plecarea copiilor din casă etc.);
- să conserve flexibilitate intelectuală și deschidere față de nou, prin care el se poate salva în fața noianului de schimbări interioare și exterioare ce îl agresionează.

La vârsta adultă, **se poate vorbi de o recrudescență a evenimentelor de viață stresante**, care au impact nu numai asupra tonusului psihologic al individului, ci și asupra stării de sănătate.

Astfel, **Theorell** și **Rahe** (1974) sesizează dependența numărului de boli cardiace grave de situații traumatice majore (moartea partenerului de cuplu, divorț, șomaj etc.).

Printre instrumentele cele mai cunoscute **pentru decelarea cotei de stres în care trăieşte o persoană, se numără şi *Scala de evaluare a reajustării sociale*** (SERS), **elaborată de Holmes şi Rahe** (1967). Valoarea acestui instrument nu este unanim acceptată de specialişti, fiind etichetat ca destul de grosier, de rudimentar. Fără îndoială, la acelaşi eveniment, reacţia de răspuns nu poate fi standardizată, deoarece fiecare reacţionează în funcţie de ceea ce este el însuşi. Mai apoi, aşa cum o demonstrează **Lazarus**, nu trebuie să ignorăm nici stresul de zi cu zi care, prin acumulare persistentă, imperturbabilă, are efecte dintre cele mai nocive asupra sănătăţii. În plus, există şi situaţii când alterarea stării de sănătate este cauza unui eveniment stresant (de exemplu, pensionarea pe motiv de boală).

Faţă de această perioadă ontogenetică, **s-au cristalizat două tendinţe polare în ceea ce priveşte evoluţia structurilor psihice**, una care apreciază că ne aflăm într-un evident platou (după care urmează declinul inexorabil), alta care semnalează că urcuşul continuă (chiar dacă nu atât de spectaculos datorită, mai ales, a acumulării de noi cunoştinţe şi experienţe).

G.Allport (1970) observă că **profilul adultului se individualizează prin câteva trăsături**: securitate emoţională;

conştiinţă de sine amplă şi obiectivare de sine; prezenţa unor relaţii intime; armonia relativă cu propriile achiziţii experienţiale.

La rândul său, **V.Stern** (1933) afirmă că, în acest palier ontogenetic, se atinge vârful, care apoi se diminuează treptat.

Vârsta adultă propriu-zisă se subdepartajează astfel:

- **subperioada dintre 35-45 ani** se defineşte prin consolidarea statutului profesional al individului şi respectiv, printr-un veritabil puseu creator în domeniul lui de activitate. Perfecţionarea sa profesională se intensifică, responsabilităţile se extind, inclusiv prin dorinţa de a accede la o funcţie. Energia libidinală funcţionează la cote ridicate. Manifestă o preocupare asiduă faţă de familie şi copii. Cu toate acestea, debutul perioadei se acompaniază frecvent de o sporire apreciabilă a numărului de divorţuri;
- **subperioada 45-55 ani** se caracterizează prin aceea că, subidentitatea profesională este şi mai activă, ceea ce diversifică spectrul responsabilită-ţilor aferente. Comportamentul adeseori rebel şi sfidător al copiilor pot genera

un climat tensionat în familie. Oricum, pulsiunile libidinale se diluează față de etapa precedentă la ambii parteneri. Apoi, pe măsura creşterii copiilor, se estompează sub-identitățile de soț şi părinte. La femeie, instalarea climacteriumului poate genera, concomitent cu disfuncționalitățile fiziologice, şi o alterare a tonusului ei psihologic, inclusiv cu apariția unor complexe de inferioritate. Dar această constatare nu funcționează ca o fatalitate implacabilă căci, adeseori, degrevarea de servituțile procreației poate îmbogăți şi recanaliza energia vitală a femeii spre noi investiții profesionale şi sociale, aducătoare de performanțe notabile şi implicit, de tot atâtea satisfacții compensatorii. **L.Verbugge** (1993) susține că femeile cele mai împlinite, mai sănătoase şi mai optimiste sunt cele cu o dublă carieră (cea profesională şi cea din propria ei familie). În contextul aceloraşi mutații biologice, augumentate de o oboseală cumulativă, şi la bărbat se produce o fragilizare psihologică, acompaniată de anxietăți şi depresii. Uneori, din dorința de a-şi conserva

neştirbită imaginea de sine, acesta se aruncă fără remuşcări majore în relații extraconjugale, menite să-i *panseze* teama şi să-i aducă dovada infailibilă că nimic nu s-a schimbat. **Tamir** (apud. **T.Salthouse** şi **R.Schultz**, 1999) apreciază că, totuşi, puțini bărbați de vârstă mijlocie divorțează, pentru a legaliza o aventură cu o femeie tânără, care rămâne doar ca un *desert* savuros şi revitalizant, de durată pasageră;

- **subperioada 55-65 ani** se instalează printr-o scădere treptată a vigorii fizice, paralel cu o serie de modificări în planul unor subidentități majore, precum cea de părinte (care se diminuează o dată cu autonomizarea şi plecarea copiilor de acasă) şi cea profesională (care dispare din cauza pensionării). În căminul conjugal, ambianța traversează un inerent proces de armonizare a relațiilor dintre cei doi parteneri, odată cu sporirea intimității, ce nu mai este mediată de terțe persoane (în primul rând de copii), dar şi datorită timpului suplimentar pe care aceştia îl petrec împreună, după pensionare.

Apariția nepoților aduce un liant suplimentar, dar și un nou canal de proiecție în viitor. Trebuința de sprijin dintre soți se acutizează, odată cu fragilizarea stării lor de sănătate.

DEZVOLTAREA SOMATO-FIZIOLOGICĂ

Cercetări recente au demonstrat că **funcțiile corpului ating capacitatea maximă înainte de perioada adultă timpurie**, după care se angajează într-un proces lin de descendență (**T.Salthouse** și **R.Schultz**, 1999).

Degradarea neuronală la nivelul cortexului și al creierului mic se accentuează, pe un teren ereditar vulnerabil dar, mai ales, sub impactul unor evenimente traumatizante. Desigur, o muncă intelectuală susținută, *împănată* de succese pe măsură, pot contracara acest proces regresiv.

De regulă, după 40 ani, **scade rezistența fizică, iar sporirea țesutului adipos diminuează tonusul muscular**. Treptat, se deteriorează capacitatea cardiacă și cea pulmonară. Se produc și unele **schimbări la nivelul metabolismului bazal**, prin afectarea glandelor pituitare și a celor sexuale.

DEZVOLTAREA PSIHOLOGICĂ

☯ Pe plan senzorial

În mod uzual, **la vârsta adultă mijlocie, se poate decela un declin la nivelul analizatorilor fundamentali**. Concret, **scad unele abilități vizuale** (capacitatea de a recepta un obiect slab luminat sau ecranat de alți stimuli, capacitatea de a identifica un obiect țintă, plasat într-un păienjeniș de stimuli perturbatori etc.).

Acuitatea auditivă este, de regulă, cea mai afectată de trecerea anilor.

Referitor la **olfacție**, vârsta adultă mijlocie aduce o **rafinare în planul capacității individului de a-și repera propriul său miros.**

Cât privește **configurația pielii**, aceasta devine mai uscată și își estompează colorația. **Sensibilitatea la durere** rămâne intactă, mai ales că frecvența și intensitatea suferinței cronice sporește odată cu scurgerea timpului.

Desigur, angajarea persoanei într-o anumită profesie care fructifică, prin însuși specificul ei, o capacitate senzorială sau alta, poate estompa curba descendentă din acest registru.

☯ Pe plan intelectual

✦ *Memoria*

Ca o apreciere de ansamblu, se poate constata că, în intervalul 40-55 ani, **eroziuni importante apar, doar în ceea ce priveşte memoria mecanică, deoarece memoria logică funcţionează la parametrii ridicaţi.**

Studiul realizat de **T.Salthouse** (1993), pe un eşantion format din 305 subiecţi, cu etatea cuprinsă între 19-84 ani, şi-a propus ca obiectiv central detectarea modului cum funcţionează memoria mecanică, la diverse vârste. Sarcina de rezolvat era reţinerea unui număr de două liste (fiecare reunind 12 cuvinte fără sens). Rezultatele au fost următoarele: peste 9 cuvinte au reţinut 46% dintre subiecţii de sub 40 ani şi doar 11% dintre subiecţii mai vârstnici de 60 ani; iar peste 6 cuvinte au memorat 85% dintre subiecţii de sub 40 ani şi doar 52% dintre subiecţii care au depăşit 60 ani.

Decodificând calitativ aceste expresii cantitative, investigaţia respectivă a confirmat **declinul memoriei mecanice odată cu vârsta.**

Cercetările actuale privind evoluţia memoriei, în funcţie de vârstă, au cunoscut o evidentă rafinare, ca arie tematică şi acurateţe metodologică. Iată câteva descoperiri:

Nici **memoria primară** (pe termen scurt) nu este insensibilă la înaintarea în vârstă, dar efectele sunt mai superficiale. **Memoria secundară** (pe termen lung) este cea mai vulnerabilă la trecerea anilor. La antipod, **memoria terţiară** (capacitatea persoanei de a-şi conserva cu fidelitate amintiri străvechi din ontogeneză), pare că sfidează timpul, în pofida reticenţelor formulate de unii cercetători.

Vârsta afectează **memoria muzicală**, chiar şi la muzicienii experimentaţi (**Meinz** şi **Salthouse**, 1998). În plus, paralel cu acumularea anilor, individul îşi **alterează capacitatea de a reţine informaţii nonverbale** (ca de pildă, cele spaţiale); **dar şi cea de a-şi aminti efectuarea unor activităţi cotidiene** (ca de exemplu, unde şi-a pus cheile, dacă a închis robinetul înainte de a pleca din casă etc.).

Referitor la **memoria de perspectivă**, adică la abilitatea de a-ţi aminti să realizezi în timp util anumite acţiuni (cum ar fi, plata unor impozite etc), fără să apelezi la mijloace auxiliare de atenţionare (agende, calendare etc.), **aceasta se pare că suferă degradări evidente, pe măsura înaintării în vârstă.**

Un traseu asemănător descrie şi **memoria sursă**, adică posibilitatea ca individul să-şi amintească unde, când şi de la cine a obţinut o anumită informaţie.

În schimb, **capacitatea unei persoane de a memora feţele umane se conservă cu fidelitate în timp.**

Cât priveşte **procesele memoriei, prima afectată este capacitatea de reproducere** (după 55 ani) şi oarecum şi cea de recunoaştere; fixarea şi conservarea rămân mult mai rebele la patina timpului.

Şi aici, **exercitarea unei profesii modelează într-o anumită manieră strategiile mnezice**, individul dezvoltându-şi o mare abilitate în a reţine pe cele generatoare de succes.

✦ *Inteligenţa*

După cum menţionam şi cu un alt prilej, unii autori vehiculează ideea că, **deşi inteligenţa fluidă declină la vârsta adultă mijlocie, inteligenţa cristalizată, care se întemeiază pe cumularea experienţei de viaţă, înregistrează o neîntreruptă ascensiune (J.Horn şi G.Donaldson**, 1976).

Tot mai multe autorităţi în domeniu atrag atenţia asupra efectelor fertilizante pe care gradul de cultură şi persistenţa preocupărilor intelectuale le exercită asupra calităţii QI-ului şi a randamentului intelectual.

Investigaţia comparativă pe care am condus-o, în anul 2000, asupra unui lot de 35 intelectuale (cu vârsta cuprinsă între 40-50 ani) versus un lot de 35 studente (cu vârsta cuprinsă între 20-25 ani), a confirmat aserţiunile de mai sus.

Aşa cum am mai semnalat, pe parcursul acestei lucrări, **femeile adulte testate de noi au obţinut rezultate semnificativ mai bune, comparativ cu studentele, atât în privinţa nivelului de structurare a inteligenţei generale, a inteligenţei verbale şi a mobilităţii intelectuale.**

Se apreciază că **volumul de cunoştinţe ajunge la apoteoză în intervalul dintre 40-50** ani, dar capacitatea de asimilare a lor rămâne activă şi în continuare.

De regulă, se admite ideea că acumularea anilor prejudiciază oarecum ritmul de învăţare. Majoritatea confortabilă a cercetărilor de ultimă oră reiterează însă ideea că, indiferent de vârstă, **fiecare om are o nelimitată capacitate de a învăţa, dacă i se alocă suficient timp în acest scop.** Concretizând, putem menţiona că viteza şi randamentul învăţării înregistrează un evident platou între 45-50 ani. Adultul însă posedă şi unele pârghii prin care poate contrabalansa acest proces: spor experienţial, capacitate de esenţializare, orientare optimă în sarcină (**E.Verza** şi **F.E.Verza**, 2000).

Referitor la creativitate, pentru unele domenii de activitate (poezie, fizică, chimie, matematică), **ea atinge apogeul în perioadele dinainte de instalarea vârstei adulte mijlocii.** Există însă numeroase performanţe din medicină,

roman, filosofie, arhitectură care s-au realizat ulterior, pe traseul existenței, **marea creație găsind practic teren fertil de germinare la orice vârstă.**

✦ *Limbajul*

Comparativ cu abilitățile perceptiv-motorii, care intră pe un făgaş descendent, cele verbale continuă să înflorească, reuşind să se conserve chiar şi la 65-70 ani (aşa cum o demonstrează unele investigații pe baza unor teste de vocabular).

☯ **Personalitatea**

Configurația personalității la vârsta adultă mijlocie alimentează încă numeroase dispute, în funcție de optica utilizată. Astfel, **abordarea ei din perspectiva teorie trăsăturilor acreditează ideea stabilității ei la vârsta maturității.**

Desigur, se cuvine aici furnizarea unor detalii. **Costa** şi **McCrae** (1988), utilizând un instrument pentru depistarea trăsăturilor NEO (neuroticism, extraversiune, deschidere spre experiență, afecțiune, conştiinciozitate), au evidențiat foarte puține modificări la oricare dintre dimensiunile respective.

Mai apoi, întrucât **locul controlului** constituie o dimensiune majoră a personalității, s-a pus problema cum se prezintă acesta pe măsura trecerii timpului. **Unele studii vorbesc de o externalizare a locului controlului odată cu vârsta, alții, dimpotrivă, semnalează o tendință de internalizare a acestuia.** Asemenea concluzii polare devin posibile deoarece sunt vizate aspecte diferite: inteligența, sănătatea, profesia, relațiile sociale. Nuanțând problema, vom menționa că o serie de investigații recente au relevat că înaintarea în vârstă produce o externalizare a locului controlului în sfera sănătății, a funcționării intelectuale şi a dezvoltării personale (deci a unor dimensiuni care sunt tot mai rebele în timp). Dar adulții devin tot mai interni în ceea ce priveşte competența socială.

Interesantă este şi **evoluția intro-extraversiunii la vârsta adultă.** Şi aici, cercetările sunt contradictorii. Unii autori detectează o prevalență a tendințelor spre introversiune, pe măsura trecerii anilor; alții, dimpotrivă, semnalează **relativa stabilitatea a acestui raport pe traseul maturizării.** Chiar dacă nu se poate opta cu certitudine spre una din variantele semnalate mai sus, cea din urmă poziție pare mai verosimilă, căci se întemeiază pe studii longitudinale şi sunt de dată mai recentă (deci şi mai riguros instrumentate metodologic).

Vorbind despre personalitatea adultului, nu putem ocolta nici opinia lui **Guilford**, care susține că aceasta implică o multitudine de trăsături personale, trăsături care se nuanțează în cazul fiecărui individ în parte, conferindu-i unicitate irepetabilă.

Referitor la **caracter**, opinia cea mai frecventată, în literatura de resort, este aceea că **el se desăvârşeşte în pragul maturității.**

În ceea ce priveşte **ierarhizarea intereselor,** la vârsta adultă, pe baza cercetării inițiate de noi (2000), cercetare pe care am mai semnalat-o şi pe traseul acestui capitol, ne vom rezuma să invocăm modul cum se configurează ele doar la un eşantion format exclusiv din persoane de sex feminin. Concret, la intelectualele adulte, **tabloul intereselor desfăşoară următoarea ierarhie**: interesul uman, estetic, ştiințific, casnic-gospodăresc, monden, politic, practic-agricol, tehnic şi sportiv. Interesant este de prezentat şi clasificarea intereselor, la lotul de tinere studente, pentru a opera distincțiile necesare. Iată ordinea: interesul uman, ştiințific, estetic, monden, casnic-gospodăresc, politic, sportiv, practic-agricol, tehnic. Fără a recurge la nuanțările posibile, **este sugestiv să observăm plasarea, în vârful clasamentului, la sexul feminin, indiferent de vârstă, a interesului uman.**

Desigur, aşa cum este ştiut, *după-amiaza vieții* poate prilejui viraje atitudinale de fond către mari valori culturale şi, mai ales, spirituale. Aceste resurecții pot fi provocate de traversarea unor cumpene existențiale sau, pur şi simplu, doar de o criză de sens. Desfăşurarea acestui proces transfigurator (numit *individuație*, în lexicul jungian) ne poate ajuta, la capătul unui fericit chimism lăuntric, să înțelegem că tezaurizăm un spirit nemuritor şi că propria noastră conştiință individuală este doar „suportul sezonier al florilor şi al fructelor, suport care creşte şi se înalță din rizomul subpământean etern" (**C.G.Jung**, 1999, vol.I, p.9).

VÂRSTA A TREIA

„A trăi înseamnă a construi
poduri peste râuri care seacă"
G.Benn

A. REPERE ORIENTATIVE

Procesul de desacralizare, ce a invadat toate compartimentele vieții actuale, afectează şi vârsta senescenței, acompaniindu-se deopotrivă de efecte negative şi pozitive. Fenomenul este posibil deoarece prin însăşi fibra ei intimă de ființare, **senectutea sintetizează umbre şi lumini**, adică deopotrivă o regresie în plan bio-psiho-social, dar şi un supliment de cunoaştere, experiență şi raportare axiologică, şi uneori chiar mai multă serenitate şi înțelepciune.

Cert este că, **în țările dezvoltate, a sporit în mod sugestiv speranța de viață**, vârstnicii constituind categoria populațională ce înregistrează ritmul cel mai alert de creştere (**G.Diac**, 1996; **S.Salade**, 1997). Un recent inventar statistic acreditează ideea sporirii procentului de vârstnici în rândul populației generale din unele țări (Franța – 21%, Anglia – 19%, Olanda – 16%). Conform datelor furnizate de **P.Mitu** (1997), pentru țara noastră, în anul 2000, se anticipa atingerea unui

procent de 17%. Mai apoi, prognozele demografice ONU estimau că, în anul 2020, ponderea populației vârstnice se va cifra la 22%, fiind mai accentuată la sexul feminin decât la cel masculin.

Mai mult, dacă în secolul al XVIII-lea, **media vieții** nu depăşea 30 ani, astăzi ea atinge, *la femei, 82 de ani*, iar *la bărbați, 74 de ani*, ceea ce înseamnă că, tot mai mult, „omul îşi adjudecă parcele de eternitate" (**L.Boia**, 1999, p.5).

Dată fiind această stare de lucruri, **OMS a plasat printre imperativele timpului nostru**, alături de problema maladiilor cardiace, a cancerului, a sidei, a alcoolismului, şi **fenomenul îmbătrânirii**.

Fără îndoială, **explorarea lucidă şi realistă a vârstei senescenței este ecranată şi *infestată* de persistențele unor stereotipuri, mai mult sau mai puțin desuete, dar şi de o serie de dificultăți metodologice**, întrucât probele de investigație sunt croite şi etalonate pentru vârstele anterioare (îndeosebi pentru tinerețe şi etapa adultă).

Desigur, **vârsta a treia are propria sa configurație**, o configurație inconfundabilă, când aşteptările şi dorințele care au dat contur etapelor anterioare trebuie proscrise pentru a-ți asuma sapiențial şi demn eroziunile implacabile ale vârstei, dar, mai ales, pentru a descoperi în viață noi sensuri şi nuanțe,

capabile să irige neobosit respectul de sine şi un nou activism compensator.

Altfel spus, **bătrâneţea este un anotimp firesc al vieţii, care poate oferi timpul propice unei surprinzătoare evoluţii personale, dacă învăţăm să o cucerim.**

O problemă încă disputată o constitui **precizarea datei ce marchează debutul senescenţei**. Chestiunea se complică din multiple considerente, inclusiv pentru că **fiecare individ are propriul său ritm de îmbătrânire, atât general, cât şi al fiecărui organ luat separat şi, respectiv, al fiecărui proces psihic** (de unde şi ideea că decalajul transversal continuă să fie prezent şi în această etapă a vieţii). Există mai multe cauze care explică starea respectivă de lucruri: bagajul genetic, factorii de mediu şi factorii patologici.

Opinia cea mai vehiculată în literatura de specialitate operează distincţia între: o fază de presenescenţă (46-60 ani sau 50-65 ani) şi **una de senescenţă** (după 60 sau 65 ani). Nu lipsesc nici opiniile care plasează debutul perioadei geriatrice la 70 de ani sau chiar 75 ani. Desigur, dacă privim lucrurile din perspectiva vârstei de pensionare, **etatea de 65 de ani reuneşte cele mai multe sufragii** (fiind inclusiv cea validată de ONU).

Se vorbeşte şi de **tipuri fundamentale de îmbătrânire**, în care se încadrează toţi indivizii: **îmbătrânire fiziologică, îmbătrânire nefiziologică şi îmbătrânire patologică** (**R.Mateescu**, 1996; **C.E.Finch** şi **E.L.Schneider**, 1996). **Prima** se referă la **îmbătrânirea normală**, care survine treptat, dar continuu, reuşind să armonizeze vârsta biologică cu cea cronologică. Ea se mai numeşte ortogerie sau eugerie. **A doua, îmbătrânirea nefiziologică**, îşi subordonează **două subtipuri: cea prematură** (când vârsta biologică e mai mare ca cea cronologică) şi **cea accelerată** (când tempoul îmbătrânirii biologice este şi mai alert sub impactul unui eveniment stresant major, ca de pildă pensionarea, în special la persoanele de sex masculin). **În fine, îmbătrânirea patologică** este aceea care, prin apariţia unor maladii, accentuează regresul nefiziologic.

Unii autori au încercat să decripteze **principalele tipuri de personalitate**, existente la **vârsta a treia**. În acest context, vom invoca tipologia propusă de **Neugarten, Havighurst** şi **Tobin** (1968, apud. **T.D.Hargrave** şi **W.T.Anderson**, 1992), tipologie care se configurează astfel:

- **personalitatea integrată**, care îşi asumă propriile forţe şi carenţe, conservându-şi nealterată capacitatea de adaptare şi respectiv bunele relaţii cu familia şi prietenii. **Acest tip**

reunește *trei subcategorii*: **cel care reorganizează** (adică acela care știe să substituie activitățile care i-au devenit inaccesibile cu altele noi, tonice și valorizante); **cel care este centrat pe un singur aspect** (adică acela care se rezumă doar la îndeplinirea unui număr restrâns de roluri (1-2), fie pentru că nu îi permite condiția fizică, fie că promovează o politică de autoconservare); **cel fără angajamente** (adică, acela care, deși își menține nealterată o imagine de sine robustă, apreciază că a venit timpul să intre într-o prelungită vacanță existențială;

- **personalitatea defensivă** este proprie acelor indivizi care tratează bătrânețea ca pe un adversar redutabil, ce nu-ți îngăduie să depui armele, motiv pentru care el se încrâncenează să conserve o serie de ocupații specifice vârstei adulte. Tipul respectiv **se subdivide în: cel care se agață** (adică acela care se cramponează să desfășoare în continuare ocupațiile aferente vârstei anterioare, tonusul lui psihologic oscilând în funcție de reușita prestației

respective) și **cel care se restrânge** (adică acela ce se lasă copleșit de nostalgia trecutului, când avea roluri utile, lamentându-se de configurația cenușie a prezentului, cu întregul lui cortegiu de privațiuni și deficiențe);

- **personalitatea pasiv-dependentă**, care încearcă să demisioneze de la propria lui îngrijire, transferând-o, mai mult sau mai puțin total, familiei sau persoanei care îl îngrijește și având un nivel de satisfacție ce nu depășește cota medie. **Subcategoriile acestui tip sunt: cel care cere ajutor** (adică acela care solicită permanent anturajul, promovând un activism crescut pentru a focaliza atenția și care uzitează frecvent tehnici de manipulare); **apaticul** (adică acela care arborează o atitudine de angajare minimă nu numai față de viață, dar și față de propria lui persoană, ceea ce în contrapartidă suprasolicită implicarea familiei sau a celor care o substituie);
- **personalitatea neintegrată** este prezentă la acei indivizi care sunt total incapabili de a se implica în vreun rol, adeseori datorită faptului că sunt afectați de maladii grave. Uneori, în această

categorie, pot apărea persoane total dezorganizate, ce afectează întreaga lor claviatură somato-psihologică.

Din dorința de a ne structura o imagine cât mai subtilă despre identitatea senectuții, **vom poposi și asupra principalelor evenimente existențiale,** care survin frecvent în acest palier de vârstă, ele devenind o sursă majoră de stres, ce solicită mereu mecanismele adaptative. Este vorba de pensionare, văduvie, apariția nepoților și schimbarea rolurilor (**T.D.Hargrave** și **W.T.Anderson**, 1992).

Să le analizăm pe rând:

✦ ***Pensionarea***

Optica față de ieșirea la pensie, indiferent dacă survine în mod natural (la împlinirea vârstei) sau fortuit (datorită unor circumstanțe speciale), **poate fi privită de individ ca o traumă sau ca o binecuvântare**. Pentru unii, această situație provoacă răni adânci, generând un sentiment de marginalizare, inutilitate și debusolare, căci datoria de la locul de muncă avea parcă rolul de a lega vertebrele ființei, susținând verticalitatea și asigurând salubritatea interioară (**I.Ianoși**, 1998).

Acest lucru este cu atât mai adevărat cu cât, așa cum observa **D.Tomb** (1986), există numeroase persoane, chiar și la 70 de ani, care pot, doresc și au nevoie imperioasă de a munci.

Desigur, **sunt și indivizi pentru care pensionarea se profilează ca un tărâm al făgăduinței, încărcate de nebănuite promisiuni**. Mai precis, unele valori rămase în suspensie încă din tinerețe, precum libertatea, detașarea și trebuința de a-ți aparține pot fi onorate, în sfârșit.

Se apreciază că **femeile, datorită unor servituți domestice parțial compensatorii, se adaptează mai ușor la procesul pensionării, comparativ cu bărbații** (**P.Dehelean**, 1998).

Concomitent cu pierderea unor roluri și relații din câmpul muncii, proaspătul pensionar **trebuie să-și renegocieze sarcinile în familie**, mai ales că acum poate dedica mai mult timp spațiului marital.

Nu de puține ori, odată cu pensionarea, **cuplul își schimbă domiciliul**, eveniment care le modifică și mai mult sistemul de relații. Cert este că **o viață activă constituie fermentul indispensabil pentru a conserva bunăstarea generală a vârstnicului**. Este motivul pentru care interesele trebuie recanalizate către noi sfere de influență.

S-a constatat că aproximativ **10% din pensionari mai au măcar un părinte în viață, care reclamă adeseori o îngrijire permanentă**. Și astfel, rolul de *bonă* vrea să substituie o carieră de succes.

✦ *Văduvia*

Este **un fenomen care rezonează diferit în funcție de vârstă şi sexul persoanei** ce rămâne văduvă. Se estimează că 70% dintre femei trăiesc mai mult decât soții lor, dar cu toate acestea, şansele lor de a-şi găsi un alt partener sunt reduse. Nu întâmplător, **B.Lansky** (1997, p.64), în savuroasa carte *Legile mamei lui Murphy*, observa picant că o femeie de 40 ani, singură, are mai curând şansa să fie omorâtă de un terorist decât să se căsătorească (recăsătorească).

Cert este că, **văduvia se acompaniază pentru familie cu un şirag de schimbări**: disfuncții financiare, care prejudiciază stilul anterior de viață, pierderea locuinței, necesitatea ca ceilalți membri ai familiei să ajute individul supraviețuitor, necesitatea ca familia să se acomodeze cu o eventuală recăsătorie.

Dar **fenomenul determină şi apariția unor consecințe pentru forul interior al văduvului**. După ce inerenta perioadă de doliu s-a consumat, unii indivizi au capacitatea de a se *rebranşa* la viața socială, de a-şi conserva în inima lor *un colț de verdeață*, relansând abilitățile lor adaptative şi conservându-şi încrederea în sine. Alți văduvi se lasă cotropiți de suferință, eşuând într-o stare depresivă persistentă.

O altă dimensiune definitorie pentru văduvie se referă la capacitatea supraviețuitorului de a decripta sentimentele care au prefațat decesul partenerului. Astfel, în alternativa unei căsnicii longevive, moartea acestuia declanşează apariția unui *deces parțial*.

✦ *Apariția nepoților*

Statutul de bunic (bunică) infuzează cu aer primaveral condiția oricărei persoane, mai ales a celei care se află la apusul vieții, întrucât el **reconstituie ciclul existenței, justificând speranța către nemurire.**

S-a constatat că 75% dintre persoanele trecute de 65 ani sunt deja bunici. Oricum, **foarte mulți dintre aceştia se implică efectiv în îngrijirea şi educația nepoților**, cu iubire şi abnegație pilduitoare. Desigur, oricât de inspirat şi de lăudabil ar fi aportul lor în această direcție, **ei nu trebuie să submineze autoritatea părinților**. Din păcate, aşa cum observă **Walsh** (1988), adeseori între bunici şi nepoți se instituie o *coaliție* indestructibilă, încât cuplul parental este tratat ca făcând parte din cealaltă tabără, cu toate consecințele care exală dintr-o asemenea conjunctură nesănătoasă. Nu mai puțin adevărat că există şi părinți care, neglijându-şi în mod flagrant şi dureros responsabilitățile parentale, abandonează exclusiv în seama bunicilor creşterea şi modelarea copiilor proprii.

În fine, **într-o familie intergenerațională, bunicii constituie inegalabilul liant şi catalizator care întreține nestinsă căldura şi armonia clanului** respectiv, dincolo de inerentele animozități, înstrăinări şi asperități ce aparțin vieții însăşi.

✦ *Schimbarea rolurilor*

Odată cu trecerea anilor, **se produce o restructurare de roluri în relația dintre părinți şi copii,** aceştia din urmă fiind tratați mai degrabă ca prieteni decât ca subordonați. Nu de puține ori, copiii adulți se află în postura de generație *sandwich* (**Brody**, 1985), care încearcă să-şi onoreze, nu fără un stres suprasolicitant, atât îngrijirea părinților lor, cât şi cea a propriilor copii. **Degradarea vârstnicilor îi plasează, adeseori, în postura de veritabili copii, total dependenți de fiicele sau fiii lor**. În absența unei rețele instituționale corespunzătoare de ocrotire a persoanelor aflate la senescență, copiii acestora trebuie să-şi asume cu dragoste, stoicism şi neclintită devoțiune îngrijirea părinților până la moarte.

✦ *Instituționalizarea*

Schimbarea mediului de viață a vârstnicului prin instituționalizare, chiar dacă nu e obligatorie, **constituie o alternativă posibilă.** Ea se referă la încadrarea persoanei respective într-un centru de ocrotire (cămine de bătrâni,

cămine-spital etc.). În esență, **este vorba de o modificare a reşedinței sale**, modificare ce survine pe fondul devitalizării lui generale, **la care se adaugă şi celelalte evenimente dureroase** (pensionarea, o maladie invalidantă, decesul partenerului de cuplu, proximitatea morții etc.), toate acestea provocând, de cele mai multe ori, **o veritabilă criză de adaptare, cu multiple consecințe somato-psihologice**. Este vorba de o nouă versiune de hospitalism, de dezrădăcinare.

C.Bogdan (1988) a detectat **principalele motive pentru care un vârstnic recuză cu atâta virulență ideea instituționalizării**:

- ❖ izolarea de restul lumii;
- ❖ ruptura abruptă de locuință şi familie;
- ❖ sentimentul abandonului;
- ❖ convingerea că e condamnat la moarte.

Când această mutație existențială îmbracă o alură dramatică, înțelegem **rostul major pe care stabilitatea locuinței îl exercită în conservarea tonusului psihologic al vârstnicului**. Şi nu este de mirare, din moment ce, printre atâtea decoruri ce fug, casa în care el trăieşte de atâta vreme semnifică poate unica *lagună* de iubire şi securitate care, dacă nu mai este populată cu nici una dintre ființele dragi, măcar debordează prin amintiri, alinându-i discret solitudinea.

Este motivul pentru care detonarea brutală a acestei ancore de stabilitate poate cauza tulburări somato-psihice diverse, accelerând deteriorarea generală a persoanei, ce poate culmina cu o moarte rapidă. Alteori, se poate instala o depresie severă, care poate degenera în suicid. Desigur, există şi unele excepţii de la regulă. Şi anume, este vorba de acea categorie de vârstnici, modestă numeric, fără îndoială, care datorită unor nebănuite filoane adaptative, chiar dacă iniţial au resimţit această dezrădăcinare ca o veritabilă catastrofă, ulterior s-au acomodat noii situaţii existenţiale. Interesant de semnalat sunt şi conduita acelor persoane vârstnice care întâmpină cu o anume bucurie această schimbare de decor, considerând-o ca o provocare inedită, încărcată de perspective dulci.

Ipostazele de mai sus nu ne îndreptăţesc, în nici un caz, să bagatelizăm **impactul negativ pe care, în majoritatea zdrobitoare a cazurilor, o exercită instituţionalizarea asupra celor aflaţi la vârsta a treia**.

Investigaţia de teren pe care **Irina Mariş** (2001) a realizat-o, sub coordonarea noastră, în vederea elaborării tezei sale de licenţă, **a decelat la vârstnicii instituţionalizaţi** (35 de subiecţi) versus cei neinstituţionalizaţi (tot 35 subiecţi), **prezenţa unor modificări, statistic semnificative, în structura lor de personalitate**. Spre exemplificare, spicuim

doar câteva: amplificarea psihasteniei şi a depresiei, rezistenţă diminuată la frustrare, bulversarea suplimentară a echilibrului emoţional, creşterea demonstrativităţii şi a hiperexactităţii, sporirea nestăpânirii de sine şi a emotivităţii, introversiune şi rigiditate mai accentuată, deficit al capacităţii de adaptare etc.

Sintetizând toate aceste date, concluzia ce se degajă **este aceea că formula actuală de instituţionalizare, care este cea mai rulată astăzi în România, nu constituie o soluţie deloc inspirată şi fertilă pentru asistenţa complexă a senectuţii.**

Mai precis, centrele clasice de ocrotire şi îngrijire a persoanelor vârstnice, deşi au făcut unele progrese în ceea ce priveşte condiţia materială a vieţii lor, rămân încă profund tributare, sub aspectul asigurării unui suport afectiv adecvat, fără de care *statia terminus* seamănă cu o peşteră cenuşie, sumbră şi neospitalieră.

Prin urmare, **constituie un imperativ diversificarea strategiilor de asistenţă a vârstnicilor prin formule noi**: îngrijirea lor la domiciliu, integrarea în familii adoptive etc.

Oricum, forurile abilitate trebuie să monitorizeze cu multă atenţie şi vigilenţă toate aceste modalităţi de intervenţie, pentru a stopa implicarea acelor *binevoitori* particulari, în realitate *vânători de zestre*, care îşi oferă cu gentilеţe serviciile,

în schimbul unui contract juridic promițător, în posesia căruia se străduiesc să intre cât mai rapid cu putință.

Există țări occidentale, precum Danemarca, **unde funcționează o impecabilă rețea de asistență a senescenței**. Din foarte multe motive (inclusiv financiare), **ele nu pot fi deocamdată aclimatizate *ad literam* în țara noastră, dar pot constitui oricând o excelentă sursă de inspirație** pentru descoperirea unor noi soluții, compatibile cu România de astăzi. Funcționarea optimă a unor asemenea instituții, în spațiul românesc, presupune și realizarea unor restructurări majore de atitudini și mentalități, inclusiv printre principalii lor destinatari.

Cert este că **fenomenul instituționalizării vârstnicilor trebuie să devină o preocupare de focar pentru orice națiune care se respectă**, dintr-un elementar spirit umanitar, pentru a disipa sentimentul de hibernare și inutilitate ce bântuie frecvent în *iarna vieții*.

B. IDENTITATEA SOMATO-FIZIOLOGICĂ

În mod peremptoriu, **senescența se însoțește de un declin al structurilor și funcțiilor organismului,** chiar dacă într-un ritm ce se individualizează pentru fiecare persoană în

parte. Concret, capacitatea de autoreglare, de refacere și adaptare la provocările mediului regresează treptat, nu de puține ori configurându-se într-o autentică patologie somatică.

Apar inexorabile **modificări în ceea ce privește aspectul persoanei**. Mai mult de jumătate dintre indivizii, care au trecut pragul vârstei de 50 ani, traversează un evident proces de încărunțire a părului, datorită scăderii aportului de melanină din foliculii piloși.

Se modifică și configurația exterioară a pielii, prin apariția ridurilor și diminuarea grăsimii subcutanate, paralel cu scăderea activității glandelor sudoripare.

Sensibilitatea senzorială este afectată și ea de procesul îmbătrânirii.

Deficiențe marcante apar **la nivelul vederii**, datorită unor transformări involutive, precum: sclerozarea cristalinului, îngroșarea epiteliului corneean, diminuarea sau suprasecreția glandelor lacrimale (**W.R.Hazzard**, 1993). În consecință, este prejudiciată capacitatea adaptativă a ochilor la tranziția lumină/ întuneric, ca și cea de a capta lumina, în general, ceea ce afectează precizia vederii. La vârsta a treia, sunt frecvente maladii ca: dezlipirea de retină, cataracta, glaucomul.

Auzul traversează și el un proces regresiv, căci timpanul se sclerozează treptat. Individul pierde acuitatea

pentru sunetele înalte şi pentru cele de intensitate scăzută. Se poate instala şi surditatea, prin lezarea oscioarelor din urechea medie şi a nervului din urechea internă.

Scăderea densităţii mugurilor gustativi şi a numărului de fibre nervoase perturbă şi **simţul gustativo-olfactiv**, dar într-o manieră mai puţin semnificativă. După vârsta de 50-55 ani, apare o **diminuare** a **sensibilităţii tactile**, la cald, rece, durere.

✦ *Sistemul nervos*

Declinul pe care îl înregistrează sistemul nervos, odată cu înaintarea în vârstă, **comportă două direcţii**: prima se referă la involuţia substratului biologic al activităţii respective, iar cealaltă semnifică îmbătrânirea structurilor informaţionale, aferente releelor neuronale (**W.R.Hazzard**, 1988). Concret, alături de ischemiile provocate de o oxigenare cerebrală deficitară, ritmul ireversibil de mortificare a neuronilor înregistrează o rată medie de aproximativ 10 000 de neuroni pe zi (**C.Bălăceanu-Stolnici şi colab.**, 1991; **Al.Zolog**, 1996). Aşa cum precizează **R.Popa** (1999 a), cea mai marcantă depopulare neuronală se produce în aria prefrontală, iar cea mai redusă, în cea motorie.

Creierul scade în greutate cu aproximativ 17%. Mai mult, se produc o serie de transformări funcţionale

degenerative la nivelul neuronilor, ce încetinesc viteza de transmitere a influxului nervos. Adeseori, regresia sistemului nervos se accelerează către vârsta de 70-75 ani. Din fericire, **există o imensă capacitate compensatorie**, de funcţionare a creierului uman, capacitate care este potenţată de un ritm raţional de viaţă şi, mai ales, de prestarea unei activităţi intelectuale bogate şi susţinute.

Referitor la **afecţiunile neurologice specifice senectuţii**, ele **se subdivid în două categorii: maladii vasculo-cerebrale cronice sau insuficienţe circulatorii cerebrale cronice şi maladii vasculo-cerebrale acute, sinonime cu accidentele vasculare cerebrale** (hemoragia cerebrală, infarctul cerebral, atacul ischemic tranzitor etc). **Demenţa** (care semnifică un regres semnificativ al capacităţii intelectuale, comparativ cu cel avut anterior) este o boală destul de răspândită în această perioadă ontogenetică. Aşa cum menţionează **R.D.Chirileanu** (2001), un procent de 5-10% din vârstnicii de peste 65 ani înregistrează un regres cognitiv, iar dintre aceştia, aproximativ 50% vor fi afectaţi de o demenţă degenerativă, cea mai răspândită fiind demenţa Alzheimer.

✦ *Sistemul cardio-vascular*

Scăderea elasticităţii colagenului (adică a fibrei proteice fundamentale din ţesutul conjunctiv) **afectează**

întregul organism, dar cu predilecție sistemul cardio-vascular. În consecință, pereții arteriali se întăresc și se îngroașă datorită depozitelor de grăsime, **inima crește în volum**, dar își diminuează randamentul. Cât privește **vasele coronariene, acestea traversează un proces de sclerozare.**

Frecvent, pot apărea aritmii, palpitații, dureri în piept, gât și mâini, acest eșichier de simptome constituind tot atâtea semnale de alarmă pentru posibile maladii cardiace (**D.Tomb**, 1986).

Oricum, **patologia cardiovasculară aferentă senescenței este cel mai frecvent reprezentată de**: cardiopatia ischemică, insuficiența cardiacă, tulburările de ritm și conducere, hipertensiunea arterială, arteriopatiile obstructive (**M.L.Weisfeldt**, 1992; **Șt.Drăgulescu**, 1996, apud **R.Popa**, 1999 a).

✦ *Sistemul respirator*

Capacitatea inspirator-expiratorie este și ea diminuată datorită modificărilor de structură ale colagenului. Carența respectivă este augumentată și de **atrofia musculară**, slăbirea diafragmei și postura deficitară a corpului. Ca urmare, **întregul organism este privat de un aport corespunzător de oxigen**. Această dereglare a ventilației pulmonare și respectiv a parametrilor ventilometrici afectează capacitatea de efort a

persoanei, provoacă creșterea capacității funcționale reziduale și alterează însăși capacitatea ei vitală (**W.R.Hazzard**, 1993).

Cele mai uzuale maladii respiratorii la vârsta a treia sunt: bronșita, enfizemul pulmonar și pneumonia.

✦ *Sistemul digestiv*

Senectutea provoacă o serie de transformări degenerative, atât **la nivelul tubului digestiv**, cât și **al glandelor sale anexe**.

Musculatura pereților gastrici, ca și glandele anexe traversează un evident **proces de atrofiere**, paralel cu invadarea lor de către țesutul adipos. Treptat, ficatul și pancreasul scad în greutate, iar pereții vezicii biliare se îngroașă, afectându-i tonusul.

Dificultățile digestive care survin au însă și **alte cauze**: mestecatul vicios (datorită unor carențe ale danturii); diminuarea cantității de salivă; laxitatea mușchilor esofagieni (ce provoacă greutăți la deglutiție). **O problemă serioasă** la senescență este **cea a constipației,** în etiologia căreia pot fi invocate mai multe motive: activismul diminuat al intestinului gros, aport insuficient de lichide și fibre în alimentație, sedentarismul. Există autori ce încadrează constipația în categoria simptomelor depresive. Deși atractivă, această idee

rămâne încă în suspensie, deoarece nu întruneşte unanimitate de opţiuni (**D.Tomb**, 1986).

✦ ***Sistemul urogenital***

Un anume declin afectează şi sistemul urogenital, fenomen care se materializează printr-o anume **involuţie fiziologică a rinichilor, ceea ce perturbă capacitatea lor de filtrare a noxelor din organism**. Vezica urinară îşi pierde mult din elasticitate, aşa încât incontinenţa urinară este frecvent întâlnită la vârstnici, alimentând jena şi chiar episoade depresive. În plus, la **sexul masculin**, survin adeseori **disfuncţionalităţi ale prostatei**.

✦ ***Sistemul endocrin***

Aportul glandelor endocrine în geneza îmbătrânirii este evident, chiar dacă descifrarea integrală a fenomenului trenează încă. La nivelul acestor glande, **se poate decela o hipertrofie a ţesutului fibros, care substituie ţesutul iniţial. Hipofiza, tiroida şi glandele suprarenale se atrofiază treptat. Capacitatea imunitară a organismului scade şi datorită regresiei timusului**. La ambele sexe, dar mai timpuriu la femeie decât la bărbat, se poate identifica şi o **involuţie evidentă la nivelul gonadelor**. Ca urmare, apare **menopauza** (între 45-60 ani), şi respectiv **andropauza** (între 50-70 ani), cu întregul lor cortegiu de efecte somato-psihologice. Cât priveşte

involuţia morfologică a organelor genitale, ea este mai semnificativă la sexul feminin, decât la cel masculin (**W.R.Hazzard**, 1993; **C.E.Finch** şi **E.L.Schneider**, 1996).

✦ ***Sistemul osteo-articular şi muscular***

La senescenţă, **oasele îşi pierd gradual calciul**, cauzând **instalarea osteoporozei**, adică ele devin mai friabile, ceea ce favorizează apariţia fracturilor. Tasarea discurilor intervertebrale şi postura deficitară provoacă o scădere progresivă a taliei.

Se produce şi **o scădere a forţei fizice**, pe fondul scurtării coloanei vertebrale şi a hipotrofiei musculare. Acest proces poate fi însă contracarat dacă se recurge perseverent la practicarea unor exerciţii fizice.

Oricum, aparatul locomotor este, datorită îmbătrânirii, unul dintre cele mai vitregite sisteme. **Patologia la acest nivel este reprezentată îndeosebi de: artrite, dureri cervicale şi lombare, scolioze etc.**

Nu putem omite din acest inventar al modificărilor biologice generate de instalarea vârstei a treia, fără a invoca şi **tulburările de somn**, ce survin frecvent în această secvenţă ontogenetică. Mai întâi, trebuie să remarcăm că **durata somnului scade** cam la şase ore; sau chiar mai puţin. Paralel, se constată tendinţa vârstnicului de a se trezi de mai multe ori

pe traseul somnial nocturn, precum şi dificultatea de a adormi din nou. De asemenea, se poate produce şi o **bulversare a ritmului circadian** (ziua doarme, noaptea este treaz). Analiza traiectoriei EEG sugerează **scăderea ponderii somnului rapid (cu vise) la doar 10%, din *bugetul* total al somnului.** Nu-i mai puţin adevărat că adeseori insomnia este alimentată de dureri dintre cele mai diverse ca etiologie.

Studiile medicale relevă **o slăbire a sistemului imunitar al organismului la vârstnici**, ceea ce creează un teren fertil pentru debutul maladiilor neoplazice şi, în general, o vulnerabilitate sporită la diverse afecţiuni. Este şi motivul pentru care e binevenită stimularea imunităţii prin mijloace special destinate.

Constelaţia existenţială a vârstnicului e bulversată şi de **prezenţa unor conduite abuzive**. Deşi, comparativ cu celelalte etape ontogenetice, **abuzul de alcool** este mai puţin uzual la senescenţă, totuşi prezenţa lui sugerează adeseori o atitudine compensatorie, cu încărcătură anxiolitică şi antidisforică evidentă (**D.Tomb**, 1986).

Abuzul de medicaţie şi automedicaţie este un comportament cu o incidenţă destul de crescută printre vârstnici, ei plasându-se primii în top, faţă de celelalte vârste, în această privinţă. Din eşichierul de medicamente posibile,

preferinţele lor vizează: somniferele, tranchilizantele, analgezicele şi laxativele. Întrucât administrarea acestor produse farmaceutice se realizează, de foarte multe ori, în modul cel mai amatorist cu putinţă, **cazurile de dependenţă**, cu întreaga lor pletoră de suferinţe, au o incidenţă sporită (iritabilitate, apatie, somnolenţă sau insomnie, anxietate etc.)

C. PROFILUL PSIHOLOGIC AL SENECTUŢII

Regresiunea psihologică normală (şi uneori cea patologică) este condiţionată genetic, dar nu în stare pură, ci **prin conjuncţie indubitabilă cu influenţele mediului**. Fără îndoială, modificările biologice inerente procesului de îmbătrânire a fiinţei umane rezonează şi în registru psihologic, dar tonusul şi armonia vieţii vârstnicului este funcţie mai ales de înţelepciunea, stoicismul şi demnitatea cu care ştie să-şi accepte şi să-şi domine entropia inerentului crepuscul existenţial.

Din nefericire, optica despre vârsta a treia este adeseori deformată de **prezenţa unor prejudecăţi nocive** care, prin inerentă contagiune, *infestează* suplimentar condiţia persoanei în cauză.

Mai mult, **timp de aproape o jumătate de veac** (din deceniul al treilea al secolului trecut şi până în 1975), aşa cum remarca **R.Popa** (1999 a), **a dominat imperativ şi suveran**, în peisajul ştiinţei psihologice, ***modelul deficitar* al psihologiei vârstnicului**, ignorându-se cu nonşalanţă existenţa *bătrânilor tineri*. Din fericire, **o serie de cercetători** ofensivi şi nonconformişti, printre care **U.Lehr** (1975), **J.Belsky** (1984), **J.M.Darley** (1991), **R.Schultz** şi **T.Salthouse** (1999) ş.a. **au detonat**, cu argumente blindate consistent, **acest model, lansând şi impunând pe cel „complex diferenţiat".**

Solidari cu această viziune novatoare, sunt evocate, paralel cu inevitabilul declin psihologic, **inepuizabilele tendinţe compensatorii**, ce pot recolora şi revaloriza senescenţa, cu adâncimi şi nuanţe nebănuite. În consecinţă, chiar dacă nimeni nu se poate sustrage de la deteriorările pe care tăvălugul timpului le provoacă în plan psihologic, **mulţi vârstnici îşi conservă, până târziu, o bună capacitate adaptativă**, reuşind să aibă o senescenţă activă, populată de multiple satisfacţii.

☯ Pe plan senzorial

Aşa cum am mai menţionat, **vârsta a treia provoacă unele deteriorări ale funcţiilor senzorial-perceptive. Concret, acest teritoriu suportă un dublu impact: periferic** (datorită unei scleroze discrete a celulelor din receptorii senzoriali) şi **central** (datorită scăderii activităţii nervoase superioare). Aşa cum menţionează **U.Şchiopu** şi **E.Verza** (1997), **ritmul acestui din urmă impact înregistrează fluctuaţii**: între 65-70 ani este lent, între 70-75 cunoaşte un puseu accelerat, iar între 75-85 ani, intră într-un relativ platou. O investigaţie mai analitică, evidenţiază următoarele:

Vederea traversează uzual o evidentă deteriorare. Vârstnicul vede cu dificultate obiectele plasate în spaţiul apropiat şi se simte deranjat, atât de lumina în exces, cât şi de absenţa ei.

Auzul este frecvent alterat la vârsta senectuţii, datorită otosclerozei, care **poate provoca chiar surditate** (prezbiacuzie) la aproximativ 24% dintre cei de peste 65 ani. Un asemenea eveniment invalidant generează deficienţe de comunicare cu semenii, având importante reverberaţii psihologice, precum autoclaustrare într-o solitudine cenuşie şi opacă, cauzatoare de anxietăţi şi depresie. Interesant de

semnalat este că surditatea îi amplifică bătrânului sunetele joase, motiv pentru care el se simte agresionat chiar şi de zgomotele minore din ambianță.

Referitor la gust şi miros, Şt.Nica-Udangiu şi L.Nica-Udangiu (1983) au evidențiat **scăderea acuității olfactive şi sporirea celei gustative la dulciuri**.

Tactul nu rămâne nici el pasiv la vicisitudinile create de vârstă, ceea ce se concretizează, aşa cum am mai semnalat, cu o anume **degradare a sensibilității cutanate la senzații algice şi la cele de temperatură.**

☯ **Pe plan intelectual**

Contrar unor stereotipuri desuete şi profund anacronice, multe studii pledează cu aplomb pentru **reconsiderarea imaginii noastre despre senectute**. Altfel spus, **regresia cognitivă nu este o fatalitate sau, în orice caz, nu este neapărat una de anvergură (J.M.Darley şi colab.**, 1991). Ea este condiționată de **prezența unor cauze** printre care, cea mai frecventă este o **sănătate deficitară (D.Field, K.W.Schaie, F.V.Leino**, 1988). Mai mult, profesorul **Schaie**, întemeindu-şi cercetarea pe un eşantion format din 5000 subiecți a demonstrat că, pentru unele capacități cognitive, un anume

proces regresiv apare după vârsta de 60 ani, iar pentru majoritatea doar după depăşirea pragului de 80 ani.

Cert este că, decriptarea lucidă şi consecventă a configurației reale pe care o înregistrează declinul psihologic al individului la senescență reclamă, ca un imperativ, **luarea în calcul a unor parametri.**

B.F.Skinner (1983) sesiza pe drept cuvânt că, adeseori, **regresia** ce apare **nu trebuie atribuită, atât persoanei în cauză, cât şi *mediului bătrân***, anost, demodat **în care acesta îşi desfăşoară existența.**

Nuanțând, vom remarca, împreună cu **J.M.Darley şi colab.** (1991) că, **descendența unor abilități cognitive este cauzată de plictiseala** şi apatia intelectuală în care se complace adeseori vârstnicul, aşa încât prezența unei ambianțe stimulative, competitive poate produce nebănuite revitalizări în acest sens. Spre o concluzie similară pledează şi **M.Lăzărescu** (1994), care atenționează asupra deteriorărilor grave pe care depresia le generează asupra performanțelor intelectuale la vârsta a treia.

Nu pot fi eludate nici condițiile psihologice concrete care dau relief activității de testare efectivă a vârstnicilor, condiții care, ele însele, prejudiciază acuratețea şi fidelitatea rezultatelor obținute. Dintre acestea, **absența motivației**

(**F.I.M.Craik** şi **M.Byrd**, 1982; **S.A.Rattus**, 1989), **declinul capacităţii senzoriale** (**S.A.Rattus**, 1989), **lipsa totală de experienţă pentru un asemenea gen de activităţi, utilizarea unor probe cu timp limitat (probe la care bătrânii sunt în evident dezavantaj) etc.**

Desigur, **o analiză defalcată poate oferi un surplus de limpezime** asupra modului cum se prezintă procesele intelectuale, în această etapă ontogenetică.

✦ *Memoria*

Notabilităţile domeniului apreciază că disfuncţionalităţile mnezice intră în scenă încă de pe la 50-60 ani, fiind mai pregnante între 70-80 ani. Concret, alături de **diminuarea memoriei de fixare** (pentru fapte recente) apar şi **carenţe de evocare** (pentru informaţiile deja arhivate în memorie).

De regulă, se acceptă că **regresia afectează îndeosebi memoria de scurtă durată, cea de lungă durată fiind mai rebelă faţă de trecerea anilor, ceea ce nu absolvă persoana de confuzii şi inexactităţi.**

Gradul de sănătate (obiectivă şi subiectivă) influenţează pozitiv abilităţile memoriei la vârstnici.

În discordanţă cu opinia curentă, fetişizată la rang de legendă, conform căreia bătrânii manifestă o capacitate surprinzătoare de a invoca amintiri de mult apuse din trecutul

lor, trebuie să observăm că această abilitate este prezentă, nu numai dintr-o pronunţată deschidere paseistă a lor ci, mai ales, datorită faptului că, pe ruta lor existenţială, ei recurg frecvent la rememorarea faptelor respective ceea ce, implicit, determină o mai bună sedimentare a lor.

Oricum, s-a demonstrat că **tinerii, comparativ cu persoanele vârstnice, îşi amintesc mai fidel faptele din trecut.**

Având în vedere că existenţa oamenilor în vârstă abundă adeseori de clişee, fiind frecvent privată de trăiri inedite, **ei se refugiază cu voluptate în trecut**, fabulând cu dezinvoltură şi manifestând o nevoie acută de a fi apreciaţi şi încurajaţi (**H.Wallon**, 1978).

Interesant de semnalat este că unii autori (**E.J.Langer**, **J.Rodin** şi **P.Beck**, 1979; **J.Volinsky**, 1982) au pus în evidenţă un fenomen interesant şi anume acela că, vârstnicii care sunt recompensaţi atunci când îşi amintesc o serie de fapte recente, obţin rezultate semnificativ mai bune la testele de memorie.

Astăzi este cunoscut că **apariţia la senectute a unor nevroze sau psihoze stimulează producerea hipomneziilor.** Cât priveşte amneziile persistente, ele pot evoca declanşarea unor mecanisme de apărare, defensive în faţa unor evenimente traumatizante.

Carențele memoriei de fixare conduc și la **uzarea capacității interne de evaluare cronologică**, deopotrivă internă, legată de ritmurile biologice: ora mesei, a somnului etc., cât și externă (a datei etc). Unele **disfuncționalități** își fac apariția și la nivelul **orientării în spațiu a vârstnicului.**

✦ *Inteligența*

Dincolo de **controversele** încă derutante, se poate afirma cu certitudine că ele **vor rămâne active datorită polivalenței fenomenului** respectiv, fenomen ce implică multiple fațete. Ca urmare, traseul inteligenței și al gândirii desfășoară acum o mare diversitate individuală, la care concură o plajă amplu constelată de factori bio-psiho-sociali. Mai apoi, **diversele activități intelectuale au un tempo asincron de evoluție,** la această vârstă. **Wechsler** (apud **R.Popa**, 1999 a) precizează și care este **semnificația diverselor procente de degradare psihică**:

- 10% semnifică o deteriorare insignifiantă;
- între 10-20%, este vorba de o posibilă deteriorare;
- peste 20%, avem de-a face cu o deteriorare incontestabilă.

W.Meier-Ruge (1993) completează tabloul, atenționând că o pierdere severă a capacității mentale cu peste 40% atestă instalarea unei demențe senile.

Așa cum am mai menționat, **cercetările clasice din psihologie au acreditat o imagine destul de sumbră asupra configurației inteligenței și gândirii la senectute,** concretizată prin involuția progresivă a inteligenței generale, diminuarea capacității de analiză și de găsire a unor soluții noi, alterarea plasticității, regresia randamentului intelectual și al potențialului creativ etc.

Este deja consacrată **distincția pe care R.B.Cattell a operat-o între inteligența cristalizată** (ce presupune fructificarea de informații și experiențe acumulate) **și cea fluidă** (ce semnifică capacitatea de prelucrare a unor cunoștințe noi). Conform lui **Horn** și **Cattell** (1967), **performanțele inteligenței cristalizate sporesc pe măsura înaintării în vârstă, iar cele ale inteligenței fluide se diminuează progresiv**. Ulterior, cercetările de teren au sugerat necesitatea de a opera **câteva nuanțări**, în sensul că inteligența cristalizată crește continuu întreaga viață, deși la bătrânețe progresele sunt mai reduse, iar inteligența fluidă nu se erodează implacabil din moment ce, la persoanele în vârstă (sănătoase neurologic),

capacitatea de asimilare a noilor informații se conservă, deși funcționează mai lent (**E.W.Schaie** și **S.L.Willis,** 1986).

La antipod cu reprezentările mai vechi, de esență pesimistă, **viziunea actuală promovează o tentă mai tonică față de mersul funcțiilor intelectuale la vârsta a treia**, deoarece, pe lângă inevitabilele uzuri și disfuncționalități, **există și dimensiuni care se conservă sau chiar progresează** (**U.Lehr**, 1975, apud. **R.Popa**, 1999 a). Se acreditează tot mai mult ideea că, **valoarea QI rămâne intactă până spre vârsta de 80 ani, iar inteligența verbală crește până la 50-60 ani.**

Spectrul extrem de variabil pe care abilitățile intelectuale îl descriu în acest palier ontogenetic revendică **mai multe cauze**: valoarea la start a QI; starea de sănătate a persoanei; gradul de instruire profesională și de cultură; situația socială trecută și prezentă (inclusiv cuantumul satisfacției profesionale și familiale); antrenamentul intelectual anterior și actual; factorul timp (căci activitățile contracronometru sunt handicapante pentru vârstnici); prezența nealterată a motivației etc.

Încercând să creionăm identitatea inteligenței la senescență, degajăm **câteva particularități definitorii** (**U.Șchiopu** și **E.Verza**, 1997): se diminuează impetuozitatea și fluența ideativă; își pot face apariția momentele de vid

intelectual; asistăm la o inflație discretă a subiectivității; asemenea puberului, vârstnicul apelează des la categorii polare (bun-rău, corect-incorect etc.), fără prea multe nuanțări; se diminuează forța și persuasiunea argumentației; individul este mai inflexibil în a-și apăra opiniile.

În concluzie, pentru a preîntâmpina declinul intelectual la vârsta a treia, trebuie să i se inoculeze individului certitudinea că uzura intelectuală nu este implacabilă, că menținerea lui în vâltoarea vieții constituie o armă infailibilă pentru a rezista puternic și demn la provocările acestei etape (**D.Tomb**, 1986).

✦ ***Limbajul***

Vârsta geriatrică declanșează **unele deteriorări și în privința limbajului oral și scris**: debitul, fluxul, ritmicitatea și fluența verbală devin mai lente; vocabularul sărăcește treptat, ancorând preponderent în stereotipie și concretețe; apar disfuncționalități în articularea cuvintelor etc. *Vorbăria goală*, concretizează prin sporovăială inutilă, la care se adaugă practica pisălogelii conferă noi tușe definitorii pentru senectute (**Șt.Nica-Udangiu** și **L.Nica-Udangiu**, 1983).

Cât privește **configurația grafismului la vârstnic**, **C.I.Parhon** (1948) menționează câteva trăsături: este mic, dens, puțin conturat, levogir (uneori dextrogir), fiind adeseori

încărcat de tremurături şi pauze, cu apăsare pasivă, neglijent, inegal, ataxic. La rândul său, **J.Ajuriaguerra şi colab.** (1970) relevă apariţia unor carenţe de reprezentare grafică spaţială în desenarea unui cub.

Învăţarea funcţionează şi la această vârstă, fiind însă mai cronofagă, comparativ cu etapele anterioare. Aşa cum arată **A.S.Rathus** (1989), acum individul îşi respectă mai mult propriul său tempo de învăţare, decât unul impus din exterior.

☯ Pe plan reglatoriu

✦ *Atenţia*

Modificările ce survin la nivelul sistemului nervos central şi al receptorilor senzoriali provoacă **o debilizare a atenţiei voluntare şi a capacităţii de concentrare. Concomitent, scade şi distributivitatea ei.**

✦ *Afectivitatea*

Uzura inhibiţiei alimentează la vârstnici **exacerbarea labilităţii emoţionale**. Individul devine impresionabil şi hiperemotiv. **Se diminuează capacitatea de adaptare afectivă** (**J.Postel şi colab.**, 1962). Se degradează capacitatea de nuanţare emoţională, **afectele globale dominând suveran**.

Definitorie este şi **pedalarea** preferenţială a vârstnicului **pe emoţii de coloratură negativă**, comparativ cu cele pozitive. **Proliferarea egocentrismului** îi poate determina pe unii bătrâni să arboreze o atitudine de stupefiantă detaşare şi indiferenţă în faţa morţii unei fiinţe dragi. În paleta afectivă a vârstnicului, sunt frecvente şi **stările de irascibilitate şi enervare**. Nu lipsesc nici **puseele de dominare**, întrerupte de **capricii** dintre cele mai diverse. Mecanismul refulării atinge câteodată cote înalte.

În constelaţia emoţională a vârstei a treia, îşi fac apariţia **apatia** (întrucât pierde capacitatea de a reacţiona la stimuli afectivi slabi), dar şi **depresia** (**Şt.Nica-Udangiu** şi **L.Nica-Udangiu**, 1983). Stările depresive se concretizează prin nostalgia pentru oazele luminoase din trecut, dar şi prin teama terifiantă faţă de moarte. **A.Kaptein**, **A.Appels** şi **K.O.Gomer** (2000) consideră că este legitim **să punem diagnosticul de depresie severă doar dacă sunt prezente cel puţin patru din următoarele simptome**: pierdere în greutate, oboseală, insomnie/hipersomnie, sentimente de culpă sau inutilitate, indecizie şi incapacitate de concentrare, persistenţa unor gânduri morbide şi a unor idei suicidare, agitaţie psihomotorie sau lentoare, absenţa interesului pentru activitate. Se poate observa că **depresia implică trei componente:** una somatică,

alta cognitivă şi ultima comportamentală. Cert este că, indiferent de etiologia ei, depresia se exprimă printr-o disfuncție în plan fizic.

Anxietatea *îl vizitează* frecvent pe vârstnic, activând şi unele mecanisme de apărare, ca o *platoşă* împotriva agresiunilor de tot felul. Cu toate acestea, trecerea anilor nu poate *ghilotina* irevocabil curiozitatea şi entuziasmul, chiar dacă ele nu mai înregistrează luxuriania de la tinerețe.

☯ Personalitatea

Unele cercetări transversale opinează că personalitatea se conservă în articulațiile ei expresive, **atât la vârstele adulte medii, cât şi la cele târzii (B.L.Neugarten,** 1977), generând totuşi **o amplificare a introversiunii**, pe măsura trecerii timpului. Există şi **studii longitudinale ce converg spre o concluzie comparabilă**, în sensul că, structurile de personalitate rămân stabile la senectute, pe o durată de aproximativ 10 ani.

Analiza judicioasă a problemei reclamă **să avem în vedere două dimensiuni majore:**

- ❖ atitudinea vărstnicului față de etapa pe care o traversează;

- ❖ exacerbarea unor trăsături de personalitate care au rămas în latență sau au fost ținute în frâu până în prezent.

Din perspectiva primei dimensiuni, **persoanele vârstnice se categorizează astfel**:

- ❖ cei ce percep condiția lor existențială ca deplorabilă, motiv pentru care cumulează un risc patogen crescut;
- ❖ cei ce tratează condiția lor existențială în mod favorabil, sanogen, motiv pentru care ei vor dezvolta o senectute activă, echilibrată şi tonică;
- ❖ cei ce recuză cu virulență actuala lor condiție existențială, motiv pentru care furnizează un remarcabil potențial patogen, dar apelează la alte mijloace decât cei înregimentați în prima categorie. Prezența unui hiperego impetuos îi va determina să se angajeze în multiple activități, de unde şi frecventele prăbuşiri somato-psihice.

Luând în discuție cea de-a doua dimensiune, trebuie sesizat că, pe fondul fragilizării unor structuri, se **produc evidente dizarmonii supărătoare**. Aşa cum observă **C.Bogdan** (1988) şi **M.Lăzărescu** (1994), adultul analitic se transformă în bătrânul cicălitor, circumspectul devine extrem

de susceptibil, meticulosul se transformă în stereotip, iar strângătorul devine avar.

Vom schița, în cele ce urmează, **câteva particularități definitorii ale personalității la vârsta a treia.**

Autoritățile din domeniu accentuează ideea că **personalitatea este**, așa cum am mai menționat, **stabilă și consistentă în timp**, ceea ce **se modifică însă sunt stilul de viață și interesele ce o animă** (inclusiv datorită revigorării unei tendințe ludice). **Mulți bătrâni devin mai meditativi, mai introvertiți,** mai repliați pe viața lor interioară. **Prudența** își face simțită prezența tot mai persistent. **Senectutea aduce și o estompare a diferențelor de personalitate ce separă cele două sexe, sau chiar o inversare surprinzătoare a lor.** Astfel, bărbatul care, prin definiție, a fost mai dominator și mai agresiv, acum devine mai orientat social. La antipod, femeile se transformă adeseori la senescență în persoane egocentrice, dominante, asertive.

Din perspectiva *modelului clasic deficitar*, caracteristicile de personalitate care dau contur vârstei a treia sunt următoarele: misoneismul (inapetența față de schimbare și exces de conservatorism), **egoismul, avariția, neîncrederea în alții și tendința de izolare** (apud. **Șt.Nica-Udangiu, L.Nica Udangiu**, 1983).

Se constată adeseori **proliferarea criticismului și intoleranței *stâncoase* față de tineri**, dar și ***inflamarea* autocriticismului**. Cât privește cooperarea cu semenii, aceasta este de multe ori deficitară.

Detronarea actuală a acestui model și substituirea lui cu *cel complex diferențial* (**Ruffin**, apud. **V.Predescu și colab.**, 1976) **a pus în circulație o altă fațetă a senectuții**. Înseamnă că, bogata experiență profesională și de viață, exercițiul, circumspecția fertilizează eficacitatea persoanei la această vârstă. În plus, atrofierea competitivității, la care se adaugă temperarea impulsurilor erotice, determină **apariția unui spor de echilibru, armonie, serenitate, profunzime și finețe.**

✦ ***Temperamentul***

Dilatarea timpului de reacție, precum și încetinirea întregii palete de răspunsuri psihomotorii, stimulează, la vârsta a treia, **procesul de îmbogățire a trăsăturilor specifice temperamentului flegmatic.**

☯ **Comportamentul instinctiv**

Senescența determină o **revigorare a instinctului alimentar din două motive**: una de etiologie somatică, pentru a compensa ascensiunea catabolismului și alta, de etiologie

psihoafectivă, pentru a substitui unele conduite instinctuale, aflate în eclipsă sau deja total eliminate (**St. Nica Udangiu** şi **L. Nica Udangiu**, 1983).

Referitor la **meandrele comportamentului sexual**, acestea au un destin imprevizibil, în funcţie de persoană. Până să eşueze în impotenţă sexuală, activitatea respectivă declină progresiv, încă de la vârstele adulte. Concretizată în cifre, evoluţia ei descrie următorul tablou: la 60 de ani este prezentă în proporţie de 18%; la 65 de ani, în proporţie de 25%; la 70 de ani, în proporţie de 27%; la 75 de ani, în proporţie de 55%, iar la 80 ani, în proporţie de 75%.

Există autori care precizează că, aproximativ 20% dintre persoanele care au trecut pragul vârstei de 80 de ani, sunt capabile de a realiza un act sexual. S-a demonstrat că frecvenţa activităţii sexuale, în cazul persoanelor necăsătorite, este mai crescută la bărbaţi decât la femei. Pentru cei căsătoriţi nu se pot decela diferenţe notabile între cele două sexe. **Obiectivitatea datelor în această problemă este bruiată de prezenţa unei mentalităţi anacronice,** ***prăfuite***, care le determină pe majoritatea femeilor vârstnice să refuze mărturisirile deschise pe tema respectivă, comparativ cu bărbaţii care, dintr-un orgoliu neştirbit de vârstă, îşi pot aroga dezinvolt o falsă virilitate.

Din păcate, studiile longitudinale n-au reuşit să elucideze chestiunea, în ce măsură anvergura practicii sexuale de la tinereţe influenţează pozitiv conservarea ei până la vârste înaintate.

Nuanţând subiectul, **comportamentul sexual nu se poate reduce la activitatea concretă**, propriu zisă, ci îşi **subordonează şi problema interesului, a apetitului sexual.**

Dacă la sexul masculin, distanţa dintre dorinţa sexuală şi activitatea respectivă creşte cu vârsta, la cel feminin, aceasta se conservă cu aproximaţie. **F.Macnab** (1997) atrăgea atenţia cât de nociv este ca o persoană, indiferent de vârstă şi sex, să-şi implanteze în minte gândul inhibant că i-a dispărut dorinţa sexuală.

Dând curs unui stereotip cultural desuet, în spaţiul occidental, mulţi vârstnici se simt jenaţi sau culpabili dacă practică sexualitatea şi la această vârstă.

D. Tomb (1986) atrage atenţia că **psihologic, vârstnicii sunt mai dotaţi pentru activitatea sexuală decât celelalte categorii de vârste**, deoarece sunt mai reflexivi şi mai subtili în intimitate, au un plus de experienţă erotică, iar teama de sarcină nu le mai umbreşte orizontul.

În rezumat, **regresia treptată a activităţii sexuale la senectute, nu are aceeaşi scadenţă cu cea înregistrată la**

capitolul dorinței sexuale, dorință care declina mult mai lent, chiar şi *extrasezon*, pigmentând măcar amintiri, vise, reverii.....

O perspectivă inedită şi extrem de promițătoare asupra destinului sexual al vîrstnicului o aduce daoismul. Concret, scrierile antice pledează cu persuasiune pentru cauza practicilor Dao, în menținerea activismului sexual, inclusiv la vârste înaintate şi, prin aceasta, la conservarea sănătății şi respectiv la prelungirea însăşi a vieții (**A.Rich-Cotrain**, 1992). În esență, calea Dao asigură armonizarea energiilor Yin şi Yang, de unde şi efectele ei miraculoase asupra stării generale a persoanei. Referitor la activitatea sexuală **se pune problema însuşirii unor strategii de control al ejaculării şi de obținere a orgasmului în absența ei, fenomen pe deplin posibil prin exerciții special destinate**. Ejacularea este tratată, în viziunea daoistă, ca fiind la fel de epuizantă ca şi donarea de sînge, iată motivul pentru care ea trebuie drămuită cu înțelepciune. Raționalizarea ei este funcție de vârsta individului, dar şi de anotimp. Conform celebrului medic chinez **Song Xui Mo**, după vârsta de 60 ani, un bărbat poate face dragoste ori de câte ori doreşte, dar să nu ejaculeze decât o dată pe lună. Cât priveşte influența sezonului, medicul daoist **Zhang Zhang** (sec. VII) recomandă ca pentru stimularea longevității, primăvara, chiar şi bărbatul tânăr să ejaculeze o dată la trei zile, vara şi toamna,

de două ori pe lună, iar în timpul iernii, să nu ejaculeze deloc. **Cert este că adoptarea unui stil sexual de sorginte Dao e benefic pentru ambele sexe, căci astfel cuplul poate face dragoste cât de mult doreşte şi până la adânci bătrânețe.** Mai apoi, practica respectivă asigură şi un echilibru hormonal optim, cu efecte spectaculoase asupra stării de sănătate a persoanelor implicate. Demn de menționat, conform aceluiaşi **A.Rich-Cotrain** (1992) este că o cercetare recentă, realizată la München, prin strădania unor proeminențe medicale, s-a demonstrat că simpla stimulare erotică, pe filieră vizuală, măreşte cantitatea de testosteron din sânge, ceea ce validează străvechea supoziție daoistă că orice schimb de gesturi tandre între bărbat şi femeie (sărut, mângâieri), chiar şi în absența ejaculării, este profund binefăcătoare. Şi dacă este adevărat, aşa cum afirmă **J.Ortega y Gasset (1995)**, că a iubi înseamnă a emigra mereu către celălalt, se poate afirma că senescența are astfel o şansă suplimentară spre a-şi apăra dreptul la frumusețe şi lumină.

☯ Aspecte psihopatologice

Pe fondul vulnerabilizării somato-psihice generale, a stresului specific vârstei, dar şi a celui cumulativ, atunci când

abilitățile de coping şi satisfacțiile de viață nu reuşesc să facă față acestor inamici, la senescență **apar inerente tulburări psihologice**, mai mult sau mai puțin semnificative.

Orizontul bătrâneții se începeşează uzual de prezența unor **deranjamente emoționale**, chiar dacă ele, prin anvergură, nu intră sub incidența psihiatriei.

Focalizarea preocupărilor sale pe starea corporală (aflată adeseori în derivă) alimentează frecvent apariția unor **puseuri ipohondriace,** în diverse contexte nosologice, puseuri ce pot degenera până la delirul ipohondriac.

Mai apoi, este posibil ca diverse evenimente existențiale nefericite să metabolizeze tristețea (aproape funciară vârstei) în autentică depresie, cu tendințe de diversificare prin simptome psihotice (delir de culpabilitate, de persecuție, de inutilitate etc.). **Tulburările depresive se plasează în topul afecțiunilor psihopatologice aferente acestui stadiu ontogenetic.**

Aşa cum menționează **S.Salade** (1997), în eşalonul celor de peste 65 de ani, se pot detecta 20-40% persoane ce prezintă o depresie moderată şi 3-5% persoane cu o depresie severă.

Evident, **depresia nu trebuie confundată cu tristețea**. Aceasta din urmă apare ca ecou firesc la o situație clar neplăcută, ori starea depresivă este o reacție persistentă şi

profundă, care nu este obligatoriu corolarul unei cauze anume, ci formează însăşi culoarea dominantă a vieții respective.

O altă distincție care se impune este aceea dintre depresie şi vid interior (acea trăire care izvorăşte dintr-o existență ternă, opacă şi sterilă, provocată de *inaniție* spirituală şi derivă ocupațională). Instalarea ei este adeseori prefațată de *mucegaiul* singurătății, acel *blestem al supraviețuirii*, cum îl caracteriza suculent **D.Tomb** (1986, p.74).

Iată de ce o companie tonică şi afabilă constituie, în cazul vârstnicilor, o *vitamină* inconfundabilă, pentru a putea tămădui, chiar şi numai parțial, şiragul de pierderi şi privațiuni.

Cât priveşte **etiologia depresiei**, ea îşi revendică, cu prioritate, o predispoziție genetică, expresivă îndeosebi în forma ei gravă.

Există **trei tipuri esențiale de depresie**: cea minoră (disforia), majoră (severă) şi mascată. **Prima** se caracterizează printr-o tonalitate mai blândă, dar care prin persistență, *vampirizează* combustia afectivă a individului, fiind o bună anticameră pentru instalarea formei majore. Individul se simte cel mai bine dimineața. Disforia este deosebit de permeabilă la intervenția psihoterapeutică, intervenție încununată prepon-derent de succes.

Tabloul simptomatologic desfăşoară **un bogat registru de trăiri**: tristeţe, descurajare, devitalizare, oboseală marcantă, dezinteres generalizat (incapacitatea de a se bucura). În plus, la această vârstă, apar frecvent agitaţia sau lentoarea motrică, iritabilitatea, oscilaţia emoţională, anxietatea, insomnia, carenţa de concentrare a atenţiei, deteriorări mnezice, dezinteres generalizat, autoclaustrare, idei de suicid etc. (**D.Tomb**, 1986).

Referitor la **depresia majoră**, prin virulenţa ei poate primejdui însăşi viaţa persoanei, întrucât apare riscul accentuat de sinucidere. Întregul spectru de caracteristici, ce dau contur formei precedente, reapar şi în acest caz, numai că tuşele sunt mult îngroşate. Izolarea poate atinge cote alarmante, iar când se configurează ca un stupor depresiv, individul poate arbora pentru ore nesfârşite, o imobilitate totală şi generalizată.

Nu de puţine ori, se instalează şi refuzul alimentar. Sunt frecvente halucinaţiile auditive şi stările delirante (unele cu un caracter morbid), dar şi suspiciuni de coloratură paranoică. Într-o asemenea conjunctură, suicidul constituie un pericol cert.

După opinia lui **D.Tomb** (1986), vârstnicii care suferă de o depresie severă acuză starea cea mai proastă la debutul zilei. Din păcate, evoluţia depresiilor severe este alertă, starea individului se poate altera considerabil, mai ales dacă nu se intervine energic şi în timp util.

Există o relaţie biunivocă între depresie şi maladiile somatice, în sensul că starea depresivă accentuează simptomele unor maladii, după cum există şi boli cronice care augumentează depresia (diabetul, unele anemii, sclerozele multiple, afecţiunile tiroidiene, renale şi suprarenale, cancerul, maladia Parkinson etc.)

Nu trebuie ignorat şi faptul că, la vârsta a treia, consumul de medicamente sporeşte semnificativ, ori **multe produse farmaceutice prescrise vârstnicilor, chiar şi dintre cele mai banale, au printre efectele lor secundare şi depresia.** Dintre acestea, menţionăm: somniferele, medicamentele pentru bolile cardiace, sedativele, antihipertensivele, steroizii, medicamentele antineoplazice, antiparkinsonienele etc.

Depresia mascată este şi ea prezentă la vârsta a treia, cu o incidenţă de 10-15% (**S.Salade**, 1997). Persoanele respective contestă energic existenţa unor stări pesimiste, dezolante, acuzând mai degrabă un *vacuum emoţional*. Adeseori, comportamentul lor este iritabil şi anxios. Insomniile agravează suplimentar starea vârstnicului. În alte cazuri, cele mai numeroase acuze vin din partea condiţiei sale fizice (oboseală, slăbiciune, cefalee, dureri abdominale şi articulare, constipaţie etc.).

Sunt posibile şi alterări la nivelul capacităţii intelectuale, alterări ce pot fi simptomatice şi pentru debutul senilităţii. Depresia mascată generează şi perturbări la nivel funcţional, care conduc la scăderi apreciabile în greutate.

Indiferent de formă, ***alchimia*** **depresiei poate culmina dramatic prin suicid**. Recurg la această soluţie bărbaţii, mai mult decât femeile, şi indivizii care şi-au erodat definitiv stima de sine, precum şi cei care s-au confruntat cu moartea unor fiinţe dragi (**M.Lăzărescu**, 1998). Secvenţa de vârstă care înregistrează cele mai multe sinucideri, din întreaga ontogeneză umană, este cea cuprinsă între 70-80 ani. Mai apoi, nu este vorba doar de un simplu şantaj sau de o *acrobaţiune* demonstrativă, ci de gesturi duse până la capăt, din dorinţa reală, fierbinte de a-şi curma zilele.

Aceşti „eroi fragili ai nopţii" (**J.M.Rouart**, 1992), din miezul unei disperări paroxistice, ajung să sfideze cel mai elementar instinct uman, cel al vieţii, al conservării. Producerea unui act suicidar demonstrează că individul respectiv a fost afectat de o tulburare acută a conştiinţei, tulburare care relevă prezenţa în amonte a unor perturbări ambiental relaţionale (**C.Scripcaru**, 1996, apud. **C.Botoşăneanul**, 1999). O analiză mai atentă a comportamentului în cauză evidenţiază că revolta suicidantului nu este dirijată către viaţă în sine, ci împotriva

condiţiilor în care trăieşte. Cercetând tipologia prin care **E.Durkheim** (1993) **sintetizează principalele forme de sinucidere**, dintre cele cinci pe care el le propune (escapistă, agresivă, oblativă, ordalică şi anomică), **la vârsta a treia, cele mai răspândite sunt, după opinia noastră, sinuciderea escapistă** (de evadare dintr-o situaţie existenţială anevoioasă), urmează sinuciderea anomică (alimentată de conflictele intra sau intersubiective) şi, în fine, sinuciderea agresivă (un fel de omor indirect, prin care persoana vrea să se răzbune). Celelalte două tipuri: oblativă (de sacrificiu pentru o valoare superioară) şi ordalică (de probare a unei nevinovăţii) sunt mai puţin reprezentative în acest palier ontogenetic.

Dacă fapta ca atare poate fi catalogată la rubrica *laşitate* sau la cea de *curaj*, părerile continuă să rămână împărţite. Cu siguranţă, existenţa unei credinţe de fond în Dumnezeu, a unei conştiinţe spiritualizate constituie singura platoşă impenetrabilă în faţa unei asemenea tentaţii; poate de aceea, **P.Ţuţea** (1992, p.25) observă că sinuciderea este o „ofensă adusă Duhului Sfânt". Reuşind să descifreze subtilităţile problemei, **E.Cioran** (1992 b, p.57) degajă şi resortul subtil pe care îl implică perspectiva sinuciderii care, paradoxal, acţionează ca un ferment şi un excitant al vieţii deoarece, însuşi gândul tonifiant

că eşti liber oricând doreşti să-ţi oferi moartea, îţi irigă forţa şi curajul de a merge mai departe.

Revenind la problematica depresiei, trebuie menţionat că **tratamentul ei** este anevoios de realizat, la această vârstă, din cel puţin două considerente. Mai întâi, pentru că, de cele mai multe ori, apariţia ei este cauzată de motive reale, ca de pildă *cortegiul* parcă interminabil de morţi care îi umbreşte existenţa. Mai apoi, vârstnicul este, de cele mai multe ori, o persoană taciturnă, capricioasă, *indigestă*, altfel spus, nu constituie pentru anturaj o companie prea agreabilă, motiv pentru care este evitat adeseori, ceea ce îi dilată sentimentul că este definitiv *împachetat* în uitare.

Iată pentru ce, aşa cum sesizează **Gatz şi colab.** (1980), familia sau cei care o substituie trebuie să apeleze la o asistenţă de specialitate spre beneficiul tuturor părţilor implicate.

Locul secund, în constelaţia psihologică a bătrâneţii îl ocupă anxietatea. Cauzalitatea acestei afecţiuni este multiplă, întrucât orice schimbare de sorginte internă sau externă, personală sau de anturaj, induce nelinişte, spaimă, derută. După opinia lui **S.Raskin** (1979), suferinţele fizice trebuie încriminate cel mai des în etiologia stării anxioase.

Confuzia mentală şi demenţa (senilitatea) sunt tulburări frecvent întâlnite la vârsta a treia.

Vorbind despre **confuzie**, trebuie precizat că ea se manifestă pasager la majoritatea vârstnicilor, ca un corolar peremptoriu al regresiei cerebrale. Dacă starea confuzională persistă, ea poate semnala debutul unor maladii organice, precum cele cardiace, renale, cancer etc. Nu-i mai puţin adevărat că, simptomul respectiv, poate anunţa şi o serie de afecţiuni cerebrale, ca de pildă demenţa, infarctul cerebral, meningita. În plus, o serie de medicamente (somnifere, sedative, antidepresive, antihipertensive), ca şi consumul susţinut de alcool pot alimenta apariţia confuziei.

Demenţa (senilitatea) este o maladie, ceea ce înseamnă că nu afectează, în mod fatal, orice vârstnic. Cert este că, aşa cum precizează **C.G.Gottfries** (1984, apud. **R.Popa** a, 1999), prevalenţa ei sporeşte alarmant pe măsura înaintării în vârstă. Astfel, la peste 65 ani, reprezintă doar 5%, la peste 80 ani, ajunge la 18,5%, iar la peste 90 ani, este prezentă la 43,3% dintre bătrâni.

Dacă în 1986, **D.Tomb** estima că o persoană din cinci se poate vindeca de demenţă, suntem tentaţi să sperăm că procentul de vindecări s-a ameliorat astăzi, odată cu progresele spectaculoase ale medicinii, într-un triplu registru: prevenţie, diagnostic, tratament.

Sindroamele demențiale pot fi generate de mai multe tipuri de afecțiuni (R.D.Chirileanu și A.Jianu, 2001):

- ❖ disfuncții ale unor organe și sisteme, fără o lezare propriu-zisă a creierului, și care determină o demență reversibilă;
- ❖ carențe ale creierului, acompaniate de simptome neurologice, traumatisme, tumori, boala Parkinson etc.;
- ❖ demențele primare, degenerative, care se referă la boala Alzheimer, boala Pick, boala cu corpi Lewy.

De regulă, majoritatea demențelor evoluează insidios, periclitând posibilitatea unui diagnostic precoce. Debutul poate fi abrupt sau progresiv.

Conform criteriilor DSM-IV (**R.D.Chirileanu**, 2002), demența presupune alterarea memoriei, tulburări lingvistice (afazie), disfuncții motrice (apraxie), dificultăți în identificarea obiectelor (agnozie) și perturbări ale funcției executive (planificarea, organizarea, abstractizarea, secvențializarea). În rezumat, vârstnicul devine o cu totul altă persoană. Manifestă dezinteres și opacitate față de noutăți, de jocuri, de umor, lăsându-se cotropit de anxietate, depresie, suspiciune.

Cea mai răspândită formă de demență este cea Alzheimer (și apoi cea vasculară). Ea se instituie astăzi ca o problemă de sănătate publică majoră, datorită spectrului sumbru sub care evoluează. Rata medie de supraviețuire este de aproximativ 7,7 ani, pentru persoanele între 65-80 ani și de 3,8 ani, pentru cei de peste 80 ani. S-a constatat că, la sexul feminin versus cel masculin, rata de supraviețuire e mai ridicată. Cât privește decesul la demenții instituționalizați, acesta survine alert, în absența unui suport socio-afectiv suficient de consistent (**R.D.Chirileanu**, 2002).

Referitor la **tratamentul demențelor, alături de cel farmacologic** este imperios necesar, ca o promisiune de rafinament și eficacitate, **să se apeleze și la un registru bine asortat de strategii psihosociale**, deoarece, așa cum sesiza **P.Paillat** (1993): „a da viață vieții înseamnă a anima". În esență, este vorba de realizarea unei colaborări fertile între bolnav, familia acestuia și echipa de îngrijire pentru a optimiza calitatea vieții pacientului, dar și pentru a conserva tonusul psihologic al celor care, cu stoicism și abnegație, se ocupă de el. Spunem aceasta, deoarece, așa cum remarca **I.Ianoși** (1998, p.253), de la un prag, „senilitatea nu e o tragedie pentru cel atins de ea, ci numai pentru apropiații lui".

O altă tulburare emoțională, ce poate surveni la vârsta a treia, **este ipohondria**, care se concretizează prin certitudinea irațională, dar fermă a vârstnicului, că suferă de o maladie gravă. Ea poate evolua la cote rezonabile, pentru multă vreme sau se poate decompensa grav, având alura unei psihoze. Ipohondria se prezintă ca un fenomen multicauzal, adeseori însă, focalizarea atenției lui pe starea proprie de sănătate urmărește să substituie rolurile sociale pierdute.

Interesantă este **relația biunivocă dintre ipohondrie și depresie, una o nutrește pe cealaltă și invers (D.Tomb**, 1986).

Cât privește **incidența paranoiei la vârstnici,** ea este redusă, chiar dacă suspiciunea pigmentează frecvent portofoliul psihologic al acestuia. Pentru acei bătrâni, în număr aproape nesemnificativ, care sunt afectați totuși de paranoia, în afara unor idei obsesive, își fac apariția adeseori halucinațiile (mai ales cele auditive).

Desigur, există multiple cauze care pot determina instalarea acestei maladii, cele mai grave având rădăcini genetice evidente.

În fine, vârsta a treia oferă un spațiu ospitalier pentru **apariția nevrozelor.** Concret, aproximativ o persoană din trei dezvoltă o stare nevrotică (apud. **St.Nica Udangiu** și **L.Nica**

Udangiu, 1983), abil camuflată, de multe ori, în spatele altor simptome.

Nevrozele senectuții au o identitate specifică, inconfundabilă, fiind cauzate de numeroasele modificări, frustrări și privațiuni din *apusul* vieții. Din punct de vedere simptomatologic, maladiile respective pot cumula stări variate: depresive, ipohondriace, fobice, obsesive, isterice etc.

D. PROBLEMA LONGEVITĂȚII

Pentru condiția umană, **problema morții se obstinează să rămână**, din timpuri imemoriale, o **interogație fundamentală, dar și un mister**. Nu întâmplător, **Heidegger** definea omul ca o „ființare pentru moarte" (Sein Zum Tode). Altfel spus, fiecare dintre noi suntem *muriturus*, adică sortiți morții implacabile. Mai mult, experiența propriei plecări din această lume este cu adevărat nesubstituibilă, deoarece nimeni nu poate muri în locul tău. Puțin câte puțin, murim de fapt încă din momentul nașterii, dar murim și cu dispariția fiecăruia dintre aceia pe care îi iubim.

Exceptând sfinții, **orice om se teme de moarte**, chiar dacă în doze diferite. Cert este că nimeni nu o așteaptă *cu flori în gară*, chiar dacă ea este o „prezență absentă", pe tot traseul

vieții (**P.L.Landsberg, 1992**). Unii se resemnează, mai mult sau mai puțin autentic şi profund, alții se lasă cotropiți de o frică terifiantă de moarte.

Freud consideră că există o pulsiune a morții (Thanatos), funciară matricii umane primordiale, iar tanatofobia rezultă tocmai din refularea acestei pulsiuni. Pentru dramaturgul **E.Ionesco** (1992), spaima respectivă izvorăşte din faptul că nu ştim să dăm frâu liber vieții. Dar motivul cel mai profund al fricii umane de moarte este că nu ştim cine suntem cu adevărat.

Inspectând problema prin *lentila* înțelepciunii orientale, **L.Rampa** (2001, p.142) susține că „sfârşitul carierei terestre" semnifică naşterea într-o lume superioară, plină de pace şi promisiuni de evoluție viitoare. Ca urmare, pentru a contracara tentația sinuciderii (act profund nociv pe ruta creşterii spirituale), omul se naşte având, obligatoriu, în *tolba* sa genetică, teama de moarte.

Dat fiind această stare de lucruri, **dorința de a învinge moartea rămâne una din cele mai viguroase pulsiuni arhetipale, ce animă ființa umană dintotdeauna**. Ea constituie o temă ardentă în dialogul dintre om şi Dumnezeu, căci ființa peregrinală a omului nu-şi va jugula niciodată aspirația spre nemurire. Elixirul vieții din alchimie (practică

prezentă încă în daoismul antic) reprezintă produsul lichefiat al pietrei filosofale, piatră ce viza cunoaşterea absolutului şi cucerirea nemuririi.

Sub flamura triumfalistă a Marii Revoluții Socialiste din Octombrie, în febra transformărilor inițiate în toate planurile existenței, **s-a demarat chiar un proiect de recreere a ființei umane, inclusiv de sporire a longevității sale**. Primele experimente s-au făcut în regnurile preumane; printre regizorii de notorietate în crearea unor specii noi, se numără **I.V.Miciurin** şi **T.D Lîsenko** (apud.**L.Boia**, 1999). Stimulate şi de *bătrânii verzi* din Caucaz (unii depăşind confortabil vârsta de o sută de ani), exponenții împătimiți ai noului regim înscriu printre obiectivele lor cheie şi creşterea longevității umane. Sunt găsiți şi specialişti pe măsură, astfel **dr. A.Bogomoleț** (cu un *pedigree* profesional consistent, care a debutat la ***Institutul Pasteur*** din Paris), se înrolează cu pasiune şi devotament acestei cauze, stimulat şi de convingerea că, odată cu demolarea capitalismului patogen, totul este posibil. Rodul acestui elan creator este *serul Bogomoleț*, adică *serul citotoxic*, considerat un panaceu în patologia umană, inclusiv un aliat de nădejde în sporirea longevității. Din păcate, totul a fost doar un *balon de săpun* multicolor şi sfornăitor, care a detonat şi s-a

risipit în van, prin moartea mult prea timpurie a autorului ei, **dr. Bogomoleț** (decedat la numai 65 de ani).

Dar *cochetăriile* omului cu dorința de a-şi prelungi viața nu trebuie bagatelizate, mai ales că, unele tentative au dat rod. ***Clinica de gerontologie*, înființată în România de academician Ana Aslan**, mai este şi astăzi o realitate palpabilă, tonifiantă. Ea fructifică, în principiu, virtuțile unui preparat de inspirație proprie – *gerovitalul* H_3 (care are la bază *procaina*). Concret, **dr. Aslan** a realizat o serie de experimente, mai întâi pe şobolani, apoi şi pe oameni, pentru a testa eficacitatea acestui produs în inhibarea, fără efecte secundare, a unei enzime din organism, numită *monoamin-oxidază* (*MAO*), care creşte apreciabil după 35 de ani şi este responsabilă de multe maladii grave (artrită, nevrită, arterioscleroză, senilitate, depresie), dar şi de îmbătrânire.

Validat prin aportul unui număr important de somități ştiințifice internaționale, tratamentul doctorului **A.Aslan** este astăzi un bun al geriatriei contemporane.

Printre personalitățile străine, care au beneficiat de eficacitatea lui, menționăm (apud. **C.Revel**, 1995): Nikita Hruşciov, Cary Grant, Kirk Douglas, Onassis, Marlene Dietrich, prințul Rainier, Somerset Maugham, Charles de Gaulle, Sukarno, Imelda şi Ferdinand Marcos, Stalin şi

preşedintele Mao. Ca o dovadă sugestivă pentru utilitatea acestui produs, cercetători americani au creat şi o variantă proprie, *Gero Vita GH3*.

Cert este că **aspirația omului spre longevitate nu este o simplă himeră**. Stau drept mărturie elocventă numeroasele cazuri de centenari din toate timpurile şi locurile. Aşa cum menționează **L.Boia** (1999), un sondaj datând din 1937 şi realizat în provincia georgiană Abhazia (din Caucaz), a inventariat 12 indivizi, cu vârste cuprinse între 107 şi 135 ani şi care aveau o debordantă condiție fizică.

Din aceeaşi zonă originează şi **Nikolai Ceapkovski**, un longeviv despre a cărui performanță aflăm din cartea *Rusia*, semnată de scriitorul francez **H.Barbusse** (1930). Bărbatul respectiv avea 146 ani şi, cu toate acestea, se afla într-o stare perfectă de sănătate, chiar dacă în ultimii ani, renunțase la obiceiul de a face baie iarna în râu. Mai apoi, era încă activ sexual, ultimul copil fiind procreat la 120 ani.

Desigur, pot fi invocate persoane matusalemice şi din alte zone ale globului, toate acestea demonstrând că **longevitatea nu este doar un mit**. Fără îndoială, omul contemporan s-a angajat într-o cursă febrilă, aproape disperată pentru prelungirea vieții.

Statisticile recente sunt promițătoare, căci ele atestă indubitabil creşterea mediei de viață la omul actual, deoarece, inclusiv vârstnicii şi-au optimizat calitatea vieții, atât datorită progreselor realizate de medicină, cât şi datorită facilităților induse de tehnologia modernă (inclusiv prin diversificarea aparaturii casnice etc.).

În legătură cu **limita potențială de viață** a omului, interesant este silogismul pe care l-a dezvoltat, încă la finele secolului al 18-lea, medicul german **Ch.W.Hufeland**, părintele macrobioticii. Raționamentul lui se brodează pe următoarea premisă: în principiu, un animal trăieşte de opt ori mai mult decât timpul necesar creşterii sale şi întrucât, pentru individul uman, această perioadă totalizează aproximativ 25 ani, înmulțind cifra respectivă cu 8, rezultă cifra de 200. **Prin urmare, conform opiniei sale, omul ar putea trăi două secole.**

În zilele noastre, **R.Walford**, profesor de patologie la *Universitatea din Los Angeles*, scade *ştacheta*, prefigurând **ca speranță de viață pentru ființa umană, intervalul dintre 120-150 ani.**

Dr. **P.Foissac** (1873) a avut extravaganta ambiție de a ierarhiza, în urma unui inventar pedant şi minuțios, **care este configurația longevității pe diverse categorii profesionale,**

aşa cum se prezintă ea, din antichitate şi până la data publicării lucrării sale. Conform opiniei lui, primele locuri sunt ocupate de teologi, filosofi şi savanți, ceea ce pledează încă o dată pentru virtuțile incontestabile ale activității intelectuale, forjate la flacăra spiritualității (mai ales în cazul clericilor).

Autori contemporani de marcă atenționează că **sunt mai longevive femeile decât bărbații** (căci trăiesc în medie cu 6-8 ani mai mult), **precum şi persoanele căsătorite, față de persoanele celibatare.**

Recuzita umană de creştere a longevității cumulează astăzi **o multitudine de rețete şi strategii**, unele străvechi, altele recente, unele fanteziste sau *expirate* deja, altele rodnice şi în plină vogă.

Cea mai inocentă măsură prin care omul de astăzi încearcă să sfideze vicisitudinile senescenței şi implicit moartea este **remanierea terminologică**. Aceasta constituie probabil una din cauzele subtile pentru care termenul de *bătrânețe* a fost detronat în favoarea celui de *vârstă a treia*.

În cursa pentru conservarea tinereții, **o strategie tot mai mult frecventată de vârstnici este să copieze, cât mai fidel vestimentația, comportamentul şi preocupările tineretului**. Utilă până la un punct, această metodă de infuzare juvenilă forțată (deci cu mistificarea realității) poate aluneca

uşor în ridicol şi grotesc, motiv pentru care trebuie practicată cu maximă vigilenţă şi cumpănire. Mai apoi, cuplul format din parteneri cu diferenţa de vârstă apreciabilă între ei, eşuează lamentabil, în majoritatea cazurilor, datorită faptului că stilurile lor existenţiale (inclusiv cel erotic) nu pot rima, distonând strident.

Practicarea unei alimentaţii raţionale, echilibrate se instituie de milenii ca o armă deosebit de preţioasă în efortul temerar al omului de a-şi prelungi viaţa.

Încă **Hipocrate** a atenţionat asupra importanţei pe care conţinutul alimentelor ingerate o exercită în conservarea sănătăţii. Cert este că, mesele pantagruelice şi-au probat cu prisosinţă nocivitatea. De aceea, profesorul american **R. Walford** recomandă cu fervoare „subnutriţia fără malnutriţie", adică un regim hipocaloric, acoperind însă o paletă cât mai diversă de substanţe nutritive. În plus, cercetătorii britanici au confirmat, încă din 1996, **virtuţile incontestabile ale unei alimentaţii vegetariene în sporirea duratei de viaţă**. S-a validat astfel, şi pe filieră ştiinţifică, în detrimentul *cârcotaşilor* de profesie, un adevăr milenar şi anume acela că *hrana vie* (reprezentată îndeosebi de legumele şi fructele consumate în stare crudă) are o valoare net superioară, deoarece ea furnizează vibraţii pozitive corpului nostru energetic.

Autorităţile domeniului insistă asupra rolului pe care **aportul suplimentar de *vitamine*, *enzime*, *oligoelemente*, *minerale***, procurate mai ales pe cale naturală (dar nu numai) îl exercită în optimizarea stării de sănătate a vârstnicului şi implicit în prelungirea vieţii.

Din 1945, datorită doctorului **D.Harmon**, se vorbeşte tot mai frecvent de rolul distructiv pe care *radicalii liberi* (acei „rechini din marea biochimică") îl au asupra ADN-ului şi a altor structuri celulare, precum şi de modul eficient prin care ei sunt *vânaţi* de către principalii **antioxidanţi naturali**, adică de acei nutrienţi care anihilează oxigenul reactiv din celule. Aşa cum menţionează **M.Safta** (2002), **din categoria antioxidanţilor fac parte**:

- ***carotenoizii*** (adică pigmenţi galbeni şi portocalii, depozitaţi în diverse părţi ale plantelor; *beta-carotenul* din morcovi este cel mai răspândit dintre ei);
- ***vitamina* C** (prezentă în toate vegetalele; măceşele, cătina şi ardeii se plasează în fruntea ierarhiei);
- ***bioflavonoidele*** (*vitaminele P*, care sunt bine reprezen-tate în pătrunjel, coacăze negre, afine, ceapă roşie, vin roşu etc.);

- ***vitaminele* E** (*tocoferolii* şi *tocotrienolii* se găsesc, mai ales, în uleiuri din germeni de grâu, orz, orez, soia etc.);
- ***coenzima Q10*** (*ubichinona*, numită astfel datorită omniprezenței sale în celulele inimii, creierului şi rinichilor. Cele mai bogate surse alimentare din această coenzimă se găsesc în uleiul de soia, sardele şi alune);
- ***glutationul* şi *cisteina*** (se procură prin toate produsele animale şi vegetale, bogate în proteine);
- ***compuşi cu seleniu*** (dozele cele mai concentrate din aceşti nutrienți se găsesc în nucile braziliene, germenii de grâu, semințele de floarea soarelui, carnea de peşte, carnea de curcan, usturoiul, orezul, ciupercile etc.);

În ultima vreme, sunt în mare vogă suplimentele alimentare ale nutriției şi medicației. Este vorba de extracte naturale, provenind îndeosebi din plante ale căror virtuți curative au fost validate de proba timpului, în contextul medicinii populare de pretutindeni. Ele au fost reconsiderate prin strădania nutriționiştilor moderni şi lansate pe piață deopotrivă în acțiunea de prevenție, dar şi în cea de tratament

adjuvant (al maladiilor acute şi cronice). Ascendentul lor a fost posibil, atât datorită deprecierii valorii nutritive a alimentelor, în general, cât şi din cauza suprasolicitării ființei umane prin stres, indiferent dacă acesta este de natură fizică, chimică sau psihologică. **Suplimentele alimentare se detaşează net de preparatele farmaceutice prin câteva particularități**: sunt produse naturale prin excelență; nu se acompaniază de efecte secundare nocive; sunt obținute prin tehnologii moderne (ca de pildă, presarea la rece), care permit conservarea proprietăților tămăduitoare ale substanțelor active; sunt concentrate (de aceea trebuie consumate cu aport suplimentar de lichide); au acțiune retard (adică absorția se realizează lent); beneficiază de avizul forurilor guvernamentale aferente. Important de reținut este că, **suplimentele alimentare sunt un aliat prețios în efortul de protecție sau recuperare a sănătății, deci pot sluji cu brio şi cauza longevității**.

Cercetările ultimelor decenii au demonstrat că **fiecare om posedă o *genă Matusalem*, care produce o substanță numită *superoxid dismutază* (*SOD*), substanța destinată să anihileze *radicalii liberi* din organism** şi descoperită de I.Fridowich (1968). Întrucât, după vârsta de 25 ani, concentrația de *SOD* se diminuează treptat, ritmul distrugerii celulelor

este mai alert decât capacitatea lor de reproducere, fenomen care afectează toate organele corpului.

Având în vedere că sursele care alimentează raţia zilnică de *radicali liberi* (de la radiaţii, fum de ţigări, la analgezice) proliferează alarmant, se pune problema de a contracara efectele lor distructive prin suplimente de zinc, cupru, mangan (apud.**C.Revel**, 2002).

Recent, s-a descoperit în organism şi un ***aghiotant* de nădejde al *SOD*. E vorba de *glutationa* (*GD*), enzimă antioxidantă puternică**, dar care se diminuează şi ea odată cu vârsta.

Asocierea aportului suplimentar de *GT* cu *vitaminele C* şi *E*, dar şi cu *seleniul*, îi potenţează multiplele efecte benefice, inclusiv în lupta împotriva îmbătrânirii.

Unii partizani ai longevităţii recomandă **consumul uzual de iaurt şi mere**, dar moderat de vin, cafea şi sare, cu eliminarea totală a *tăriilor*.

Cât priveşte **aportul caloric al vârstnicului, nu trebuie să depăşească, la bărbat, 2400 calorii, iar la femeie, 2100 calorii**. Se recomandă ca în constelaţia hranei zilnice, 60% din alimente să se axeze pe lactate, legume şi fructe (preponderent crude). Eliminarea totală din alimentaţie a cărnii de porc şi un consum moderat al cărnii de peşte, pasăre, vită

are, de asemenea, efecte benefice (**V.O.Paşcanu**, 1994). Este salutară şi înlocuirea grăsimilor animale cu cele vegetale, a zahărului cu mierea de albine, a pâinii albe cu pâinea integrală.

Periodic, este benefică o **cură de dezintoxicare** generală a organismului, fie prin repaus alimentar absolut (când se consumă doar lichide), fie printr-un regim alimentar de cruţare (când la mesele principale se apelează doar la un singur fel de mâncare, preparat cât mai simplu).

Aportul zilnic de lichide trebuie să fie între 1,5-2 l (preferabil apă de fântână, ceaiuri, sucuri naturale).

La 2-3 luni, **se recomandă efectuarea unor cure de sezon**: cura de lămâi; cura lui **Kunzle** (cu un decoct făcut din toate plantele spinoase: brad, măceş, alun, coacăz etc.); cura cu tije de păpădie; cura de cruditâţi; cura de struguri; cura de grâu încolţit.

Oxigenarea suplimentară a plămânilor şi mişcarea organizată prin intermediul plimbărilor şi al gimnasticii zilnice, agrementate cu proceduri de masaj (automasaj) şi relaxare (autorelaxare) reprezintă piese importante în panoplia omului contemporan, care vrea să sfideze timpul.

S-a constatat că **o anume uniformitate climatică**, fără extreme suprasolicitante, stimulează creşterea duratei de viaţă. **Sunt privilegiate zonele înalte faţă de cele plasate la câmpie**.

În acest sens, **H.Barbusse** (apud. **L.Boia**, 1999, p.129) medita, pe drept cuvânt, că „muntele produce centenari, tot aşa cum produce stejari falnici".

În plus, **temperatura rece este preferabilă celei foarte calde**, aşa se explică probabil longevitatea mai mare a locuitorilor din ţările nordice, comparativ cu cele calde. Printre formele de relief, insulele şi peninsulele sunt adevărate campioane ale senectuţii.

De-a lungul timpului, **promotorii longevităţii propun şi alte strategii**, mai mult sau mai puţin accesibile omului de rând: injecţii cu hormoni sau cu celule tinere (*terapie celulară*), transfuziile cu sânge tânăr, consumul unor produse (*gingseng, gerovital H3, melatonină, sulfatul de Dhea*), *terapia genetică* (prin inactivarea genelor care sunt responsabile de îmbătrânire şi moarte), ca de pildă *genele* M_1 *şi* M_2, descoperite de dr. **M.West** din SUA etc.

Aportul activităţii sexuale în stimularea longevităţii continuă să rămână o problemă dilematică întrucât se pot cita, atât persoane centenare care au trăit în deplină asceză sexuală, cât şi bătrâni care au fost activi la acest capitol şi chiar au procreat cu mult peste 100 ani. Cert este că, problema sexualităţii nu trebuie eludată, nici la această vârstă, din mai multe motive. Mai întâi pentru că, practica sexualităţii

constituie nu numai o sursă majoră de plăcere existenţială, ci şi de sănătate. **S-a constatat că acei vârstnici, indiferent de sex, care reuşesc să rămână activi sexual, au o alură mai tinerească**. Poate de aceea, omul s-a preocupat dintotdeauna de găsirea unor remedii care să le conserve apetitul sexual, precum şi capacitatea de a realiza o experienţă sexuală şi la senectute. Printre cauzele cele mai uzuale ce provoacă disfuncţii erectile şi impotenţă, se pot enumera următoarele: diminuarea nivelului de testosteron, creşterea colesterolului, aportul redus de zinc din alimentaţie (**C.Revel**, 2002). De-a lungul timpului, pe diverse filiere, au fost validate virtuţile deosebite pe care amestecul de ovăz şi urzică îl au în corecţia disfuncţiilor sexuale masculine. Consumul de stridii are efecte similare, datorită conţinutului mare de zinc. Profitabilul curent de reabilitare a licorilor, utilizate în practica tămăduitoare a vracilor de pretutindeni, au condus la descoperirea unor substanţe miraculoase în reamenajarea activismului sexual. Chiar dacă femeia a fost neglijată şi la acest capitol, astăzi se ştie deja că, după instalarea menopauzei, şi ea are nevoie de stimulatori sexuali. Din păcate, în ultimul timp, omnipotenta terapie hormonală şi-a divulgat şi efectele nocive. În compensaţie, fitoterapia oferă cu generozitate *o barcă de*

salvare (de pildă, extractul din planta numită *lemn dulce* sau *gingseng* etc.).

În altă ordine de idei, aşa cum o demonstrează milenarele practici tantrice, **dimensiunea sexuală la om tezaurizează şi un imens potenţial spiritual**. De aceea, **E.Cioran** (1991 c, p.23) sesiza cu inspiraţie: „sexualitatea e singura poartă spre cer din toată biologia". Ca urmare, aşa cum am mai menţionat, din perspectivă daoistă, pentru conservarea energiei vitale (aflată oricum în declin), se recomandă practicarea de către bărbat a continenţei (suprimarea ejaculării), adică acel *coitus reservatus* care, fără a-l priva de inegalabilele delicii ale voluptăţii erotice, nu-l epuizează suplimentar. Mai apoi, **a face dragoste are şi o conotaţie subtilă**, ce trebuie descoperită şi uzitată, din ce în ce mai frecvent, pe măsura trecerii anilor şi care nu conduce obligatoriu la o activitate genitală. De la conversaţiile dintre parteneri, pe marginea nimicurilor cotidiene, la exteriorizarea necenzurată a sentimentelor şi până la gesturile de mângâiere şi alint sunt tot atâtea modalităţi accesibile şi binefăcătoare pentru a întreţine în orice cuplu (şi, mai ales, în cel vârstnic) un climat afectiv armonios şi constructiv (**E.L.Leonelli**, 1997).

Sporirea longevităţii este condiţionată şi de **rularea zilnică a unor obiceiuri sănătoase**. Un experiment realizat în

SUA, pe o durată de 14 ani, asupra unui eşantion numeros, format din majoritatea locuitorilor unei localităţi californiene, a identificat şase asemenea obiceiuri (apud.**C.Revel**, 2002):

- ❖ să se doarmă măcar 8 ore pe noapte;
- ❖ să se conserve o greutate normală, în consonanţă cu înălţimea şi structura osoasă a persoanei;
- ❖ să nu se fumeze;
- ❖ să nu se consume zilnic mai mult de două pahare cu vin pe zi sau unul cu *tărie*;
- ❖ să se facă sport moderat de trei ori pe săptămână;
- ❖ să se mănânce zilnic un mic dejun sănătos;
- ❖ să se ia masa la aceeaşi oră.

Gestionarea inspirată şi eficace a stresului constituie un aliat de mare calibru în creşterea longevităţii, datorită efectelor sale surprinzătoare asupra stării de sănătate. **J.Cosnier** (2002) propune **un inventar** expresiv **al principalelor tehnici** utilizate cu această destinaţie:

- ❖ relaxarea şi procedeele conexe (yogine şi sofroterapeutice);
- ❖ meditaţia şi procedeele de imagerie mentală;
- ❖ strategii corporale (dans, sport);
- ❖ tehnici autocalmante, precum: gesturi de autocontact(*onicofagie*, automângâieri), mani-

pularea unor obiecte (mătănii, bile etc.), masticarea şi suptul (gumă de mestecat, ţigări, pipă etc.), ritualuri proprii (legate de întreţinerea toaletei personale, de dormit etc.), rugăciuni colective etc.;

- cultivarea unor relaţii sociale amicale (care se plasează prima în top), datorită faptului că reprezintă un excelent mijloc de a încărca *bateriile* afective ale individului cu *provizii* noi, constituind şi o *supapă* de evacuare pentru *deşeurile* sale psihice.

O piesă de rezistenţă,* în conservarea tinereţii psihologice a vârstnicului (şi care ar trebui să devină o deprindere cotidiană), se referă la necesitatea practicării aşa-numitului *jogging mental (apud.**R.Popa**, 1999 b, p.177), prin care să se solicite, cu statornicie şi pasiune, facultăţile sale intelectuale. Cât de diversă şi de rafinată este paleta activităţilor care pot servi acest ţel, depinde de numeroşi parametri, ce ţin îndeosebi de persoana respectivă: valoarea coeficientului intelectual, nivelul de cultură, profesia, spectrul de interese, starea de sănătate, condiţia financiară etc. Lectura, conversaţiile mai mult sau mai puţin elevate pe diverse teme, frecventarea unor cursuri, conferinţe, învăţarea unei limbi

străine, scrierea unui jurnal, cărţi etc., sunt tot atâtea modalităţi privilegiate prin care se pot obţine veritabile voluptăţi culturale, ce continuă să *vertebreze* şi să aducă uitarea cea bună.

În cursa împotriva morţii, omul contemporan continuă să forţeze barierele imposibilului. Câteva mostre vor fi edificatoare, din această perspectivă. Astfel, în 1960, fizicianul american **R.Ettinger** a inventat ***criogenia***. Este vorba de congelarea unei persoane în primele clipe după instalarea morţii clinice şi păstrarea ei, la temperaturi de – 160° C, în capsule speciale, pe o perioadă nelimitată de timp, până când progresele ştiinţei vor fi capabile să-l vindece de maladia sa incurabilă sau de bătrâneţe. În funcţie de *corpolenţa* pungii, se poate conserva tot corpul sau doar capul. Pare un *voiaj* inedit şi temerar în viitor, care vrea să cucerească timpul, deoarece momentan, este doar o dulce himeră, *un credit în alb* de speranţă pentru protagonişti şi o certitudine profitabilă deocamdată numai pentru întreprinzătorii acestui tip de industrie frigorifică din SUA.

Progresele eclatante ale ingineriei genetice, descoperirea adevărului că, în fiecare celulă a organismului, este depozitată întreaga informaţie biologică necesară reconstituirii întregului

organism a dus la **apariţia unei metode incitante**, dar şi neliniştitoare în acelaşi timp, **cea a *clonării***.

Concret, se porneşte de la o celulă a unui organism oarecare (animal sau uman) şi prin multiplicare, pe cale asexuată, se reconstituie o creatură identică. Scopul cel mai tentant şi mai inocent al unei asemenea tehnici ar fi realizarea unei *bănci* personale de organe, căci având în dotare, printre stocurile de rezervă, şi propria clonă, orice om va putea înlocui un ţesut sau un organ defect, asigurându-şi supravieţuirea. Pentru a disipa o eventuală angoasă de coloratură morală, pionierii domeniului au promis că orice clonă va fi o făptură lipsită de conştiinţă, adică pur vegetativă. Şi întrucât metoda clonării a repurtat primele victorii, pariul dintre partizanii şi adversarii ei a coborât din sfera ficţiunilor pure pe tărâmul concret şi de imensă responsabilitate al faptelor.

O altă tehnică seducătoare, la tribuna longevităţii, este cea a *telomerazei*, tehnică pe care medicul american **M.Fossel**, în anul 1996, o prefigurează pentru cel de-a doilea deceniu al acestui secol. Este vorba de o enzimă prezentă în spermă şi în celulele maligne, care administrată omului, îi va mări considerabil speranţa de viaţă (apud.**L.Boia**, 1999).

Longevitatea umană este fertilizată şi de practicarea unui stil de viaţă activ, emulatoriu şi valorizant, printre

oameni care, dacă nu mai sunt tineri, să-şi fi conservat nealterată măcar prospeţimea sufletească. Vârstnicul nu trebuie să se lase *rechiziţionat* nici de servituţile domestice şi nici de creşterea nepoţilor. El are dreptul şi datoria să-şi *grădinărească* propria lui fiinţă, căci timpul său nu prea mai are răbdare. De aceea, senectutea poate oferi ultimul răgaz pentru ca individul să-şi onoreze talentele, dorinţele, proiectele rămase în suspensie. Învăţând să-şi gestioneze stresul cotidian, el trebuie să-şi îmbogăţească şi reţeaua de relaţii umane, adică de *ancore străjuitoare*.

Indiferent de inspiraţia şi sapienţialitatea cu care vârstnicul îşi populează existenţa, **boala şi suferinţa îl vizitează acum mai mult decât la oricare altă vârstă**. Vorbind despre aceste *intemperii* inerente senescenţei, nu putem oculta **sensul lor profund metafizic**, transfigurator. Altfel spus, ele semnifică nu doar *redute* ale rezistenţei sale, ci mai ales *redute* ale cuceririi unui temei mai înalt, căci la orizont se insinuează, din ce în ce mai tulburător, chemările spiritualităţii. „O sănătate perfectă este a-spirituală", observă **E.Cioran** (1993, p.195), într-o convorbire cu **S.Jaudeau**, căci doar prin boală încetezi să mai fii o simplă marionetă, infailibilă şi inconştientă, pentru că realizezi, pe cont propriu,

efemeritatea acestei vieți. Și astfel, nevoia de credință, de religiozitate își dezvoltă noi rădăcini.

„Bătrânul crede mai mult în lumea de apoi, deoarece i se împuținează lumea de aici", afirmă **I.Ianoși** (1998, p.234). Este adevărat, dar nu este totul, deoarece provocările cauzate de suferințele bolii și ale pierderilor, îl obligă pe individ să-și replieze ființa risipită în exterior, spre propriul lui *templu lăuntric*, pentru a activa acel *arhetip al divinității*, ce somnolează în fiecare dintre noi. Iată pentru ce, **plasarea senectuții sub protecția credinței în Dumnezeu constituie o promisiune de seninătate, regenerare și izbăvire**.

În consecință, **este nevoie de o amplificare a dialogului cu Dumnezeu, prin rugăciune, meditație, frecventarea bisericii și cât mai multe acte caritabile în beneficiul semenilor**. „Fără Dumnezeu, meditează **P.Țuțea** (1993, p.77), omul rămâne un biet animal rațional și vorbitor, care vine de nicăieri și merge nicăieri".

Dincolo de orice alt comentariu, **creșterea duratei de viață este o realitate indubitabilă a zilelor noastre**. Și pentru că în anul 2020, statisticile estimează că ponderea persoanelor de vârsta a treia se va ridica la 22%, iar în 2050, va totaliza câteva milioane, **Organizația Mondială a Sănătății a proclamat problemele senectuții printre imperativele**

timpului, alături de maladiile cardio-vasculare, cancer, sida și alcoolism.

Creșterea mediei de viață implică și o multitudine de probleme socio-economice, legate de prelungirea activității profesionale, răspândirea familiilor poligenerationale etc. Sunt probleme complexe, dar și provocări incitante pentru mileniul în care am pășit deja.

Longeviv sau nu, omul nu poate amâna la nesfârșit confruntarea cu moartea, nu numai pentru că scadența ei se apropie, ci și pentru că vârsta senectuții este timpul de grație pentru reflexie și bilanțuri. Acum, în mod implacabil, optica puerilă, atât de activă în tinerețe, că moartea este doar problema celorlalți, se dizolvă treptat, iar vârstnicul trebuie să facă față celui mai dificil examen, dintre cele multe pe care i le-a propus viața. Nu e ușor, chiar dacă omul are de partea lui toate *asfințiturile* sale. Și nu e ușor mai ales pentru cei care nu sunt siguri de destinație și care se încurcă în prea multe legături terestre, cramponându-se de ele. Dar moartea se învață pe cont propriu, ca orice lecție majoră. Iar „cine a învins frica de moarte, a învins și viața" (**E.Cioran**, 1991 c, p.19).

Poate de aceea, teama de moarte este izvorul însuși al înțelepciunii.

MOARTEA – INEVITABILUL EXAMEN

Dedic acest capitol, neuitării tatălui meu, dr.Adam Jinaru, al cărui adagio terminal a inspirat şi nutrit, poate deloc întâmplător, paginile care urmează.

Contabilizând cele opt păcate cruciale ale umanității, ce provoacă deşertificarea omului contemporan, **K.Lorenz** (1996) aduce în avanscenă dispariția nevoii de a fi în dialog cu sine însuşi, de a reflecta, în general. Probabil că un asemenea context a irigat suplimentar şi aversiunea omului din societățile industriale de a privi frontal problematica morții şi, implicit, de a se pregăti deliberat şi sapiențal în vederea întâlnirii cu acest eveniment implacabil. Este vorba de **o bagatelizare a morții prin negare, indiferență şi uneori chiar prin romanțare**. Civilizația apuseană adoră viața şi urăşte moartea, adoră viața pentru deşertăciunile ei poleite şi urăşte moartea pentru presupusa ei ferocitate. Numitorul comun din aceste sentimente polare este devidarea lor de orice sens mai adânc.

În plus, starea respectivă este potențată şi de **fenomenul,** care a cuprins toate compartimentele existenței (inclusiv moartea) şi **pe care G.Ritzer** (2003) **îl desemnează prin suculentul termen de „*mcdonaldizare* a societății"**. Este vorba de strădania (aparent bine intenționată, dar în fond atât

de alienantă), prin care omul de azi vrea să raționalizeze, să controleze totul, standardizând şi amputând orice surpriză posibilă, inclusiv din spațiul funciar inefabil al naşterii şi al morții. Desigur, ***mcdonaldizarea*** acestor domenii **comportă şi aspecte pozitive**, ce nu pot fi omise. Astfel, datorită tehnologiei medicale moderne, există numeroşi copii care nu s-ar fi născut şi nu ar fi trăit niciodată, după cum există şi foarte mulți bolnavi, de toate vârstele, care fără progresele uluitoare ale medicinii actuale ar fi fost condamnați la o moarte indubitabilă.

Limitând registrul discuției numai la **procesul de *mcdonaldizare* a morții**, nu putem minimaliza nici **implicațiile ei negative**: amplificarea perioadei când un om e menținut artifical în viață, ignorând cu seninătate calitatea existenței lui în această perioadă suplimentară; privarea momentului morții de afecțiune şi intimitate, prin consumarea lui preponderentă în mediul incolor, fad şi birocratic din spital; industrializarea înmormântărilor, prin transferul acestor îndatoriri, din resortul familiei, în cel al profitabilei rețele de pompe funebre; înmulțirea numărului de incinerări şi desfăşurarea lor pe bandă rulantă, într-un flux contra cronometru; cenzurarea riguroasă a suferinței cauzate de pierderea unei ființe dragi, suferință care nu trebuie să dureze mai mult „ca un crevete proaspăt" (**M.MacPherson**, apud.**C.Ritzer**, 2003, p.152); prelevarea de

spermă (printr-un dispozitiv de electroejaculare), de la persoanele aflate în comă sau deja decedate.

Referindu-ne la **atitudinea omului obişnuit faţă de moarte**, cert este că, **începând cu vârsta adultă şi, mai ales, cu cea a senectuţii, el este constrâns de împrejurările vieţii să abandoneze câte ceva din această uzuală şi *mioapă* politică a struţului.**

Oricum, postura celui care crede că moartea reprezintă finalul finalurilor nu este deloc de invidiat, iar observaţia lui **S.Rinpoche,** din memorabila sa lucrare intitulată *Cartea tibetană a morţii şi a vieţii* (2001, p.29), ne poate inculca dezolanţa ei înfricoşătoare: „la urma urmei, nimeni nu trăieşte mai mult de o sută de ani, după care se întinde întreaga eternitate, neexplicată...". Dar această viziune obtuză despre moarte afectează profund păgubitor nu numai individul, ci şi societatea, căci dintr-o asemenea etică prezenteistă a lui *hic et nunc*, se alimentează şi acea campanie deşanţată şi inconştientă de devastare a mediului ambiant, cu toată gama incomensurabilelor ei consecinţe nocive. Din fericire, aşa cum precizează acelaşi autor (2001, p.19): „toate marile tradiţii spirituale ale omenirii, incluzând bineînţeles creştinismul, ne-

viziunea unei vieţi viitoare, care conferă vieţii de acum o semnificaţie sacră".

Iată de ce, afirmaţia lui **St.Lemny** (1990) se constituie ca un preţios credo existenţial: „a învăţa să mori este meşteşugul cel mai mare din toate meşteşugurile". De altfel, aşa cum există o artă de a trăi, o artă de a iubi, o artă de a avea succes etc., **este imperios nevoie şi de o artă de a muri**. Pentru aceasta din urmă, se cere o nouă optică, un nou alfabet.

Plasarea, în epilogul unui tratat de psihologie a vârstelor, a unui capitol consacrat morţii este acut necesară, chiar dacă distonează cu uzanţele devenite clasice, întrucât, fără o asemenea discuţie, furăm simfoniei acordurile ei finale. Oricum, analiza de faţă se doreşte a fi doar prima literă dintr-un alfabet preliminar, care nu reprezintă decât o provocare, o invitaţie de a ne asuma lucid şi responsabil această problemă existenţială majoră.

Moartea face parte din *fibra* vieţii, ca un hotar, ca o trecere, lăcătuită în mister, prin efluvii pure şi luxuriante de lumină. În acest sens, **E.Cioran** (1994, p.135) medita pe drept cuvânt: „murim de la începutul timpurilor şi totuşi moartea nu şi-a pierdut defel prospetimea. Aici e taina tainelor".

fond examenul crucial al vieții Este însă un imperativ ardent pentru că, aşa cum observa **Erikson** (apud.**C.I.Boeree**, 1997), rezonanțele au bătaie lungă, căci dacă vârstnicii nu se vor teme de moarte, atunci nici tinerii nu se vor teme de viață.

Experimentarea deliberată a unor stări transpersonale, indiferent de metoda utilizată, din evantaiul bogat al celor existente[2], **constituie prilejuri cu adevărat ziditoare, căci individul are ocazia să dobândească, printr-o trăire nemijlocită, certitudinea că moartea nu este un sfârşit**, o anihilare, o înfrângere, ci debutul unei „aventuri impresionante" (**S.Grof, 1998**), într-o altă dimensiune, populată de lumină, unde conştiința, ce transcende limitele corpului fizic, îşi continuă metamorfoza, în aspirația ei spre perfecțiune, spre desăvârşire. De aceea, o muribundă, pe nume **G.Morley** (apud.**E. Ionesco**, 1994) a dat dovadă de multă inspirație atunci când a rostit, în ultimele ei clipe de viață, următoarele cuvinte: „Nu plec, ci ajung!"

De altfel, **trăirea unei experiențe transpersonale**, indiferent dacă se realizează fortuit sau intenționat, **restructurează din temelii viziunea şi implicit atitudinea**

[2] Este vorba, atât de metode tradiționale străvechi (yoga, meditație, practici ascetice, dans meditativ, isihasm, rugăciune etc.), cât şi de metode moderne (tehnică psihedelică, recipient de izolare senzorială, respirație holotropică etc.)

omului față de moarte. Stau în acest sens, ca mărturii expresive, numeroasele cazuri de persoane reanimate dintr-o moarte clinică şi care au intrat sub vizorul investigației ştiințifice, sub bagheta unor somități precum: **R.Moody, E.Kübler-Ross, K.Ring, M. Schrster-Kundhardt, K.Osis E.Haraldsson M.Salom, S.Kreutzinger, F.Schoonmaker** ş.a. Subiecții respectivi (şi cazurile nu sunt deloc izolate) au traversat aproximativ aceleaşi trăiri, ceea ce a permis tanatologilor să schițeze, prin esențializare, un scenariu aproape standard în articulațiile lui fundamentale. Problema experiențelor din apropierea morții (EAM), developate în sensul posibilității omului de a scruta lumea de dincolo, a fost adeseori ridiculizată de sceptici, care invocau, contra-argumentând, o serie de factori farmacologici, fiziologici şi neurologici. În baza unor riguroase cercetări, eminențele tanatologiei mondiale au demolat rând pe rând ipotezele comode, demonstrând că acțiunea endorfinelor, prezența hipoxiei cerebrale etc., nu pot justifica exhaustiv şi convingător fenomenele EAM.

Celebrul psiholog american, **dr. K.Ring**, studiind un eşantion de 102 subiecți, care au traversat EAM, s-a simțit îndreptățit să degajeze prezența unui număr de **cinci categorii esențiale de trăiri:**

- ❖ o pace profundă, la debutul EAM-ului;
- ❖ ieşirea din corpul fizic;
- ❖ intrarea în întuneric;
- ❖ întâlnirea cu o lumină albă, strălucitoare;
- ❖ fuziunea cu lumina respectivă.

După opinia lui **Ring**, formulată în lucrarea sa *Trăindu-ți moartea, câştigi viața* (1985, apud. **E.Meckelburg**, 2003), fenomenul EAM implică o evoluție gradată, ce reuneşte o succesiune de secvențe: senzația că te ridici cu o viteză uluitoare, că te apropii de o lumină copleşitoare, dar care nu-ți agresionează privirea, emanând o imensă iubire; că trăieşti un sentiment de împăcare totală şi de iertare a păcatelor; că relaționezi nonverbal cu lumina, ce îți transmite cunoaştere universală şi îți prilejuieşte un recurs al întregii tale vieți, recurs care îți elucidează valorile autentice ale existenței; că auzi muzica transcendentă a sferelor şi poposeşti pe un tărâm paradisiac; în fine, că doreşti să rămâi aici pentru totdeauna.

Interesant de semnalat este şi că, la capătul unui deceniu de preocupări asidue în domeniul tanatologiei, acest autor a reuşit să *decupeze* **câteva caracteristici definitorii pentru EAM**:

- ❖ că fenomenul este prezent în toate culturile;

- ❖ că derulează un traseu aproximativ comun tuturor subiecților, fiind populat cu imagini transcendente şi trăiri mirabile, pline de beatitudine;
- ❖ că experiența este accesibilă oricui, indiferent de vârstă, sex, origine socială, nivel cultural, apartenență religioasă etc.

Sintetizând magnitudinea impactului produs de EAM asupra destinului uman, **K.Ring** (apud. **E.Meckelburg**, 2003, p.78) precizează: „cercetând fenomenele din apropierea morții, am învățat să privim moartea cu alți ochi, să nu ne mai fie frică de ea ci, dimpotrivă, să o vedem ca pe o întâlnire cu iubirea. Cine înțelege moartea cum o înțeleg oamenii care s-au aflat în apropierea ei, nu mai trebuie să aibă nici un fel de teamă de ea. Nu este nevoie ca fiecare să aibă o experiență în apropierea morții, dar fiecare poate, dacă vrea, să învețe să folosească în propria-i viață ceea ce ne transmite o astfel de experiență. Bineînțeles că în spatele tuturor acestor învățăminte stă **ideea fundamentală că există doar viață, viața de acum şi viața care urmează după aceasta, dar pe care noi o mai numim încă moarte".**

Analizând problema respectivă, menționăm că în Franța, la Paris, funcționează o instituție specializată în această

direcție, și anume *Centre d'Etude des Expériences de Mort Imminente* (CÉÉMI). Activitatea centrului este triplu constelată, urmărind deopotrivă colectarea mărturiilor de acest tip, studiul lor științific, precum și difuzarea cunoștințelor aferente.

Schimbări fundamentale de optică și atitudine față de moarte au generat și experiențele pe care individul le poate traversa prin metodele uzitate de psihologia transpersonală.

Astfel, unul dintre părinții fondatori ai curentului transpersonal, psihiatrul **S.Grof**, plasându-se în descendența unor preocupări ce datează încă din al patrulea deceniu al secolului XX, își revendică în portofoliul său profesional 17 ani de experiență cu substanțele psihedelice (îndeosebi LSD), ceea ce s-a concretizat printr-o cazuistică generos reprezentată și care reunește 4 000 de ateliere psihedelice (conduse personal de autorul respectiv și soția sa, Christina), la care se adaugă și accesul lor la încă 2000 de rapoarte ale unor ateliere psihedelice inițiate de diverși colegi. Așa cum rezultă din lucrarea sa *Royaumes de l'inconscient humain* (1983), contrar literaturii clasice dedicată experienței LSD și care acredita ideea unui model de reacție standard la toți subiecții, Grof a demonstrat un element surprinzător și anume acela că, **între trăirile**

subiecților la care s-a administrat LSD, există diferențe interindividuale și intraindividuale. Detaliind, rezultă că reacția lor diferă chiar dacă este același drog, aceeași doză și aceleași condiții, **ceea ce înseamnă că nu determinanții chimici sau cei fiziologici trebuie luați în calcul, ci mai ales structura de personalitate și respectiv biografia subiectului**. Mai mult, efectele variază chiar și pentru același subiect, dar în ședințe diferite, în funcție de nivelul abisal care este accesat.

Oricum, școala grofiană și toți antecesorii sau descendenții săi au relevat că utilizarea pertinentă, autorizată și din rațiuni exclusiv terapeutice a substanțelor psihedelice tezaurizează și importante virtuți euristice, deoarece *escavează*, aducând la suprafață, fenomene multă vreme inaccesibile și care provin din diversele straturi ale inconștientului.

Ideea forță ce se impune este **că aceste droguri sunt amplificatori ai conștiinței, care declanșează un periplu fascinant (dar cu întoarcere garantată), în universul tainic al inconștientului**. Din multitudinea trăirilor aferente experiențelor psihedelice, în contextul de față ne interesează, îndeosebi, **posibilitatea experimentării unor episoade mistice și religioase**, capabile să producă mutații axiologice și atitudinale de fond, la persoana în cauză.

De alfel, printre voluntarii ce **au apelat la experienţe psihedelice**, se numără şi **mulţi teologi**, care cred că aceste substanţe sunt de natură sacră, întrucât te pot plonja într-o realitate transcendentală. Nu mai puţin tulburătoare sunt cazurile acelor persoane, bolnave de cancer, în fază terminală care, la solicitarea Spitalului *Spring Grove* din Baltimore, au fost supuse unei terapii psihedelice cu LSD şi DPT. **Ideea folosirii substanţelor psihedelice în terapia muribunzilor aparţine soţilor Valentina şi Gordon Wasson**, care au avut ocazia să asiste în Mexic (1955) la un ritual sacru cu ajutorul unor ciuperci. Mai apoi, celebrul scriitor **A.Huxley** a apelat la substanţe psihedelice, atât ca să-şi pregătească propria soţie, Marie (suferindă de cancer), în vederea unei morţi senine şi demne, cât şi ulterior, ca să moară confortabil el însuşi (răpus tot de un cancer, în 1963).

Proiectul psihedelic în beneficiul canceroşilor terminali a demarat în 1967, la Spitalul *Spring Grove*, prin efortul conjugat al lui **S.Wolf, W.Pahnke** şi a unui grup de chirurgi nonconformişti, iar după moartea intempestivă a lui **Pahnke** (1971), **S.Grof** şi **J.Halifax** se vor implica, cu har şi devoţiune, în acest demers (din 1972).

Aşa cum rezultă din tulburătoarea carte *The Human Encounter with Death* (1978), semnată de **Grof** şi **Halifax**,

efectele curei psihedelice asupra numeroşilor bolnavi sunt dintre cele mai memorabile, ele sfidând cu nonşalanţă tiparele neuropsihologiei clasice. Iată câteva dintre ele:

- ❖ atenuează sau suprimă total durerea, pe o anumită perioadă de timp, chiar şi în cazurile dramatice ale acelor pacienţi la care orice analgezic şi narcotic au devenit total ineficiente;
- ❖ contribuie la eliminarea depresiei, anxietăţii şi a impulsurilor suicidare, contribuind la reamenajarea remarcabilă a tonusului lor psihologic;
- ❖ generează o debordantă deschidere spirituală, cu mutaţii valorice profunde;
- ❖ pregăteşte bolnavul pentru o confruntare serenă, armonioasă şi demnă cu moartea, indiferent de rasă, sex, vârstă, profesie, convingeri religioase etc.

Capacitatea substanţelor psihedelice de a prilejui trecerea spre tărâmul celeilalte realităţi, adică de a produce iluminarea conştiinţei, este cunoscută în toate spaţiile culturale, încă din timpuri arhaice, fiind utilizată deopotrivă de numeroase personalităţi din diverse domenii sau de indivizi rămaşi anonimi. Pagini seducătoare pe această temă datorăm

lui **M.Eliade, C.Castaneda, I.P.Culianu, E.Jünger, I.Mânzat** ş.a.

Calificând drogurile ca „un marş triumfal al plantelor în lumea psihică", **E. Jünger** (2000, p.418), ne face părtaşi la o serie de aventuri interioare, realizate cu ajutorul lor (inclusiv de el însuşi), **insistând însă cu maximă fermitate asupra impecabilei discipline de voinţă pe care individul în cauză trebuie să o mobilizeze, pentru ca acest tip de experienţă să nu se transforme într-un joc plin de capcane şi dezastre.** Demn de reţinută este şi *perla* de gând care se distilează, la acest capăt de drum, şi anume aceea că **a şti depăşeşte cu mult graniţele ştiinţei clasice**.

Compromiterea terapiei psihedelice, prin excesul şi masificarea abuzivă a utilizării drogurilor (inclusiv din abominabile raţiuni politice, ca cele de *spălare* a creierului unor persoane indezirabile) a provocat ideosincrazii pe măsură, în rândul oricărui cetăţean onest din lume. Ca urmare, **odată cu interzicerea acestei practici terapeutice de către oficialităţile americane, Grof a perfectat o altă metodă, cu efecte surprinzător de asemănătoare, dar care nu incumbă nici o doză de risc. Este vorba de terapia holotropică** (sau integrare holonomică), terapie de *croială* eclectică, deoarece

originează din practici străvechi, de amplă extensiune geografică.

Multiplele valenţe ale acestei metode, inclusiv în exersarea unei autentice deschideri spirituale, cu dislocări benefice asupra convingerilor individului faţă de moarte, sunt atestate indubitabil prin miile de subiecţi, ce au frecventat cele peste 30 000 de ateliere pe care **Stanislav şi Christina Grof** le-au organizat în numeroase ţări din America de Nord şi de Sud, Europa, Australia şi Asia.

Consolidarea mişcării transpersonale în România, odată cu înfiinţarea *Asociaţiei Române de Psihologie Transpersonală* şi internaţionalizarea ei, prin afilierea la forurile aferente (EUROTAS şi ETPA), **va permite poate, în viitor, ca orice persoană care doreşte**, din multiple motive, **să poată traversa o experienţă numinoasă memorabilă şi revelatorie, capabilă să producă o *moarte a morţii***, adică să-i demonstreze că aceasta semnifică, în esenţă, o trecere într-un palier existenţial superior.

Străduindu-ne acum **să pătrundem mai profund în intimitatea de fiinţare a morţii**, având în vedere arborescenta ei complexitate, este imperios necesară utilizarea unei *lentile* trifocale, în maniera celei practicate sub *bagheta* inspirată a

episcopului vicar **C. Botoşăneanul**, într-o carte de referinţă: *Tanatologie şi nemurire* (1999).

Fără îndoială, **viaţa şi moartea se îngemănează** în aşa măsură, încât procesele letale acompaniază neobosit viaţa, încă din momentul naşterii, după cum şi reversul este valabil, ceea ce înseamnă că unele procese vitale (secreţia glandelor sudoripare, creşterea unghiilor etc.) mai durează un timp şi după instalarea morţii.

Aşa se explică, probabil, de ce **Bichat** (apud. **C.Botoşăneanul**, 1999, p.33) considera că „viaţa este ansamblul funcţiilor care rezistă morţii", iar în piesa de teatru a lui **E.Ionesco**, intitulată *Amédée*, se sugerează, printr-o manieră inedită, consacrată de celebrul dramaturg că, pe măsură ce viaţa noastră se derulează, cadavrul din noi creşte mereu.

Tipologia morţii aliniază următoarele forme:

- **cea naturală**, care survine la o vârstă patriarhală şi reprezintă consecinţa firească a unei devitalizări progresive, cauzate de o bătrâneţe avansată;
- **cea patologică**, care se instalează datorită unor factori de natură internă;
- **cea violentă**, cauzată de agresiunea unor factori exteriori (inclusiv de factură antisocială).

Se vehiculează tot mai frecvent ideea că **producerea morţii din cauze naturale este programată în ceasornicul nostru genetic, cu maximă precizie**, iar când devine scadentă, atunci se activează o serie de gene letale care, generând disfuncţii majore în sinteza proteinelor, provoacă decesul persoanei respective.

De altfel, specialiştii au detectat **două tipuri de morţi celulare**: **apoptoza** (**J.F.R.Kerr**, 1971; **A.H.Wyllie**, **J.F.R. Kerr** şi **A.R.Currie**, 1980, 1982; **M.J.Arends** şi **A.H.Wyllie**, 1991; **L.Sachs** şi **J.Lotem**, 1993 ş.a.), care semnifică o sinucidere programată a celulelor, pentru a elimina pe cele malformate sau în exces şi **necroza** (**M.C.Raff**, 1994), care se referă la o moarte accidentală a celulei, ce rezultă dintr-un stres celular acut, indus de agenţi infecţioşi, toxici, termici etc. Uneori, apoptoza funcţionează defectuos: când este în deficit, apare cancerul, iar când este în exces, apar alte maladii, precum boala Alzheimer (când se distrug prea mulţi neuroni) şi HIV (când se elimină prea multe celule T).

În acest *tronson* ideativ vom realiza **o succintă *acoladă* asupra unei chestiuni spinoase, cu infinite implicaţii şi care se numeşte eutanasie**. **Paternitatea** cuvântului **aparţine lui F.Bacon** (sec.XVII); cât priveşte **etimologia** sa, este **de sorginte greacă** şi semnifică „moarte bună, liniştită, fericită"

(**D.Dumitraşcu**, 1986, p.136). Oricum, această practică a morții dirijate este foarte veche, fiind prezentă în ritualurile unor popoare, indiferent cine erau destinatarii ei (persoanele vârstnice sau cele cu diverse forme de handicap etc.). Dar eutanasia n-a dispărut din istoria omenirii, atingând cote paroxistice sub flamura nazismului german (când a fost şi legiferată suprimarea deliberată a indivizilor cu handicap şi a celor cu maladii psihice). În acest fel, s-au înregistrat, între 1934-1944, 75 000 de victime (apud. **C.Maximilian**, 1989).

Şi pentru că ispita morții, chiar şi din rațiuni exclusiv filantropice, poate contamina medicul, ***Jurământul lui Hipocrate*** **recuză fără echivoc practica eutanasiei**.

Din perspectivă clasică, **sistematica eutanasiei operează cu două criterii**: cel al intervenției medicului şi, respectiv, cel al voinței bolnavului.

Conform primului criteriu, se operează **distincția dintre eutanasia activă** (când medicul provoacă moartea cuiva, prin diverse mijloace tanatogene precum: supradozări medicamen-toase, injecții intravenoase cu aer, anestezice, soporifice) şi **eutanasia pasivă** (când este întrerupt tratamentul bolnavului, lăsând ca maladia să-şi desăvârşească nestingherită lucrarea).

Având în vedere **criteriul voinței bolnavului**, se vorbeşte de **eutanasia voluntară** (dorită de acesta) şi cea **involuntară** (impusă de o altă persoană).

Nuanțând problema, dintr-un unghi de vedere mai modern, **astăzi se pot detecta mai multe tipuri de eutanasii**: **medicotanasie** (care se realizează prin aportul personalului medical); **criptotanasie** (care se efectuează cu o supradoză de sedative); **mercy killing** (omorul din milă); **suicid asistat** (când i se pune la dispoziție bolnavului însuşi, strategia prin care să-şi curme viața). Edificatoare pentru această din urmă alternativă, este strategia utilizată în Australia. Şi anume, prin intermediul computerului, bolnavul primeşte indicații detaliate cu privire la manevrarea aparatului prin care îşi va auto-administra injecția letală. Strategia în sine se derulează pe un fond muzical adecvat şi durează 30 de secunde, având şi o urare finală: „La revedere şi noroc dincolo!".

Eutanasia continuă să suscite controverse ardente din multiple considerente: religioase, etice, medicale, juridice, economice. Atitudinea prohibitivă actuală funcționează, mai ales, în cazurile când bolnavul nu şi-a formulat consimțământul conştient şi obstinant, în sensul suprimării sale.

Contraargumentul cel mai vehement la adresa eutanasiei este frica de abuz, în primul rând din partea

economiştilor, care pe această cale ar diminua costul asistenței medicale, dar şi din partea unor rude, care pot face presiuni asupra medicului, pentru a dinamiza sfârşitul pacientului şi implicit momentul deschiderii testamentului.

Ecluzele interdicției în practicarea eutanasiei au fost ridicate în Olanda, Oregon (SUA), Australia, pentru bolnavii incurabili şi care solicită eutanasierea lor cu persistență şi în deplină cunoştință de cauză. Forma de eutanasie pasivă funcționează în Anglia, Danemarca etc.

După opinia noastră, chiar dacă **utilizarea eutanasiei** este condiționată şi de reglementări legislative, deloc minore, ea **rămâne, în primul rând, o problemă de conştiință şi opțiune personală**, care poartă *sigiliul* concepției despre viață şi moarte a individului respectiv, dar şi a nivelului spiritual pe care el l-a atins. **Pe scurt, poziția unei ființe umane față de eutanasie reflectă, în fond, ceea ce este aceasta în *textura* sa cea mai profundă**. Ca urmare, numai adevărata sa *formulă* de personalitate va decide dacă, în cazul unei maladii incurabile şi chinuitoare, cu un prognostic draconic, bolnavul îşi va putea asuma forța şi curajul de a sorbi din pocalul suferinței, picătură cu picătură sau, dimpotrivă, va abdica la jumătate de drum. **Rezumând, atitudinea față de eutanasie evocă propria noastră altitudine.**

Analizând problematica morții, **nu putem ignora criteriile ei**. Chestiunea este cu atât mai stringentă cu cât, criteriile clinice de odinioară (stoparea respirației, a bătăilor cardiace şi a pulsului, dilatarea pupilelor şi scăderea vertiginoasă a temperaturii corpului) au devenit caduce şi inoperante, în contextul progreselor repurtate de medicină, iar expansiunea fulminantă a transplantului de organe reclamă, din rațiuni cu profundă încărcătură deontologică, să se cunoască cu precizie şi responsabilitate particulară când anume survine cu adevărat moartea ireversibilă.

Nuanțând problema, se cuvine să operăm **distincția dintre moartea clinică (aparentă), care poate fi reversibilă şi moartea biologică sau definitivă**.

Moartea clinică, supranumită şi *vita minima* se poate extinde pe o durată de maximum 3-5 minute, caracterizându-se prin suprimarea funcționalității organelor vitale (inclusiv ale creierului), dar fără moartea celulară. Întrucât durata morții clinice oscilează de la un organ la altul, timpul optim de recoltare în vederea transplantului diferă în funcție de țesutul vizat. Oricum, creierul este cel mai vulnerabil, aşa încât o anoxie cerebrală prelungită, care trenează mai mult de 3-5 minute anunță, de regulă, instalarea morții irevocabile. Iată de ce, **criteriul princeps al decesului unui om îl constituie**

moartea creierului său. Interesant de semnalat este că, ordinea în care mor diferitele țesuturi, este dată de vechimea lor filogenetică: primele vizate sunt cele mai recente.

Prin terapie intensivă, chiar şi după moartea corticală, se pot conserva însă funcțiile vegetative, pe o anumită durată, plasând individul respectiv în ipostaza de **comă depăşită (supraviețuire artificială)**. Desigur, în această stare, conştiința cerebrală este abolită, iar de îndată ce manevrele de reanimare sunt stopate, organismul nu mai este capabil să-şi mențină, pe cont propriu, funcțiile vitale.

Moartea biologică este moartea propriu-zisă, ireversibilă, şi care se defineşte prin aceea că, timp de 24 de ore, electroencefalograma este izoelectrică, adică plată, fără unde care să evoce prezența unei activități cerebrale, măcar minime. În plus, toate funcțiile reflexe, motrice şi senzoriale, sunt suprimate definitiv.

Desigur, unele excepții există, ele nu fac decât să augumenteze misterul morții, alimentând convingerea că ne aflăm pe un domeniu unde nu ne putem instala într-o confortabilă siguranță, pentru că realitatea livrează mereu temeiuri pentru perpetue resemnificări.

De amplă notorietate este **cazul marelui fizician rus L.D.Landau** (apud. **R.Rîmniceanu**, 1983), care în urma unui

dramatic accident rutier, survenit în data de 7 ianuarie 1962, a intrat într-o îndelungată comă depăşită, cu EEG plată. Prin terapie intensivă, i-au fost conservate funcțiile vegetative timp de 44 zile, iar la capătul lor, pe data de 20 februarie, în urma unei banale injecții, el a revenit la viață, sfidând astfel standardele unanim acceptate. Dar şiragul surprizelor nu se opreşte aici, deoarece, peste opt luni, adică la 1 noiembrie (acelaşi an), cercetările sale în domeniul fizicii vor fi gratificate prin acordarea premiului Nobel.

Nu mai puțin rezonant este **cazul unei tinere de 21 de ani**, pe nume **Karen Ann Quinlan**, din New Jersey (apud. **R.Rîmniceanu**, 1983), care, după o tragică manevră suicidară, a intrat în comă, fiind menținută în stare pur vegetativă aproximativ un an.

Cei care au protestat împotriva acestei încrâncenări terapeutice, solicitând debranşarea aparatelor de reanimare, au fost chiar părinții fetei. Era un gest dramatic, dar care relansa în scenă dreptul elementar, dar sacru, al oricărei ființe umane – dreptul de a muri de propria ta moarte. A fost nevoie de un proces juridic eclatant, unde s-au duelat opinii pro şi contra, în final dându-se câştig de cauză încercatei familii.

Problema ca atare evocă, dincolo de tragismul particular al situației şi importante inflexiuni metafizice, deoarece, **în**

condițiile progreselor remarcabile dobândite de terapia intensivă, este legitim să ne întrebăm care este granița care separă îndârjirea terapeutică de abuz. Iată motivul pentru care, versurile cu iz de rugăciune ale lui **Rilke**, sintetizează un tulburător adevăr:

„Doamne, acordă fiecăruia moartea sa proprie,
Această moarte care emană de la viață.....".

Prin urmare, **medicalizarea excesivă a morții**, cu *amputarea* brutală a celorlalte valențe ale ei, **poate degenera într-o degradantă *moarte furată***, care îl privează pe om de demnitatea necesară *trecerii Styxului*, condamnându-l la ipostaza dezonorantă de a deveni doar o simplă colonie de celule încă vii, adică o biată făptură dezumanizată, invadată de tuburi.

Nuanțând criteriile morții, chiar dacă riscăm să ne expunem *furcilor caudine* ale celor *vânduți* științei academice, nu putem escamota valul de argumente, cu rădăcini străvechi sau mai recente (unele chiar din partea unor somități științifice) și care susțin că, așa cum un televizor nu este cauza programului transmis, tot așa creierul nu constituie sursa conștiinței (spiritului), aceasta aparținând unei realități superioare. În acest sens, laureatul *premiului Nobel* pentru medicină, pe anul 1963, **Sir John Carew Eccles**, a declarat

spre stupefacția unanimă, cu ocazia *Congresului Internațional de Filosofie de la Dusseldorf* (1978), că spiritul, adică *principiul organizator*, ființează independent de trup și respectiv de sistemul nervos (cu care stabilește însă schimburi biunivoce). Plasând discuția într-un asemenea areal ideativ, **criteriul suprem al morții trebuie regândit, deoarece el se referă la „separarea complexului spirit/conștiință de corpul material și trecerea într-o altă realitate" (E.Meckelburg**, 2003, p.33), pe care autorul acesta o numește *supralume*.

Mai apoi, experiențele din apropierea morții (EMC), intrate deja în vizorul cercetărilor științifice au demonstrat că, în această fază imaterială de *anticameră*, spiritul (conștiința) supraviețuiește derivei trupului și a creierului.

În fine, regresiile în viețile anterioare, independent de tehnica utilizată (hipnoza, administrarea de substanțe psihedelice, respirația holotropică etc.) au arătat că indivizii respectivi au simțit că rămân vii și după moarte.

Ca o replică în fața eventualelor persiflări acide ale scepticilor inflexibili, putem cita observația plină de tâlc a renumitului filosof **Th.W.Adorno** (1947): cine crede că prin moarte totul se sfârșește, nu-și va putea niciodată valida convingerea, în schimb, acela care nutrește speranța că există și

o viață de dincolo, va putea ca prin rațiunea sa înduhovnicită să-şi confirme acest crez.

Pregătirea pentru moarte comportă două fațete distincte, dar complementare şi conexe: pregătirea omului pentru moartea sa şi pregătirea anturajului pentru a face față morții unei ființe dragi.

Acroşând chestiunea pe filiera istorică, menționăm că, la mijlocul secolului trecut, au luat ființă, din inițiativa ordinului călugăresc *Surorile irlandeze de caritate*, conduse de **Mary Aikenhead**, două instituții destinate asistenței bolnavilor terminali: una la Dublin, alta aproape de Londra.

Treptat şi insidios, mai întâi cu timiditate, apoi tot mai ferm, s-a conturat un nou curent, care militează pentru umanizarea actului morții. Cei dintâi *purtători de drapel* ai acestei lăudabile orientări au fost **H.Feifel** (1959) şi, mai ales, **E.Kübler-Ross**. Aceasta din urmă a publicat, în 1969, o carte tulburătoare, rodul experienței sale cu pacienții suferinzi de cancer în fază terminală, o carte intitulată *On Death and Dying* şi care a marcat opinia publică din SUA şi Anglia.

În acest fel, **s-au pus bazele unei noi discipline – a tanatologiei şi a unei noi practici de asistență a muribunzilor (tanatoterapia). Autoarea descrie cele cinci**

etape, pe care le traversează un bolnav, atunci când se apropie momentul morții:

- **negarea** se referă la acel stadiu când persoana respectivă îşi conştientizează condiția în care se află, ceea ce îi generează un adevărat şoc, față de care inițial nu are *combustia* necesară pentru a-i face față, de aceea îl contestă, îl respinge; în paralel, apar şi conflicte psihice, sentimente de însingurare şi pierderea sensului vieții;
- **furia** este un stadiu pregnant colorat afectiv, când pacientul îşi exteriorizează, fără cenzură, sentimentele de mânie pe care le traversează;
- **negocierea** implică o schimbare de tonalitate afectivă, când bolnavul, din dorința de a amâna inevitabilul, imploră ajutorul;
- **depresia** este corolarul stării în care se prăbuşeşte individul când constată ineficacitatea sprijinului obținut;
- **acceptarea** constituie stadiul când bolnavul, secătuit de orice energie vitală şi licăr de speranță, abandonează cursa pentru viață, consolându-se în fața implacabilului. Din

păcate, nu orice muribund are şansa de a tranzita această etapă.

Desigur, **modelul propus de Kubler-Ross nu este infailibil, căci el vrea să esenţializeze o realitate mult prea complexă**, unde o serie de factori implicaţi (vârsta, sexul, tipul de personalitate, nivelul de cultură, locul în care se afla bolnavul etc.) pot induce abateri prognozabile. Cu toate acestea, prestaţia respectivă constituie un reper deosebit de preţios, care aruncă o rază de lumină în *caverna* întunecată şi sumbră a psihismului uman, aflat în pragul morţii.

Pe traseul ultimelor decenii, au luat fiinţă, în multe ţări occidentale, aşezăminte de remedii paleative pentru uzul muribunzilor, unde intervenţia medicală este susţinută printr-o importantă asistenţă psihologică şi chiar religioasă.

După acest *intermezzo*, să procedăm la detalierea modului în care un bolnav terminal trebuie pregătit pentru moarte. Vom începe prin a preciza, apelând la opinia lui **C.Botoşăneanul** (1999), că **asistenţa morţii vizează trei obiective esenţiale**:

- trecerea din viaţă în moarte să se realizeze într-un climat de linişte şi serenitate;
- persoana să fie eliberată de culpabilităţile sale;

- momentul *trecerii pragului* să fie cât mai confortabil cu putinţă.

O problemă spinoasă, care alimentează încă neostenite controverse şi animozităţi, **se referă la informarea bolnavului ce suferă de o maladie cu un prognostic infaust.** Altfel spus, trebuie să ne complacem într-o conspiraţie a tăcerii, ocultând printr-un joc de tertipuri, mai mult sau mai puţin inspirate, adevărul sau, dimpotrivă, acesta trebuie comunicat deschis (asezonat cu toate menajamentele posibile), aşa cum procedează medicii anglo-saxoni.

Chestiunea este nu numai delicată, ci şi extrem de subtilă, căci se pune întrebarea dacă formularea limpede a unui asemenea verdict nu provoacă bolnavului *dyselpidie*, adică amputează nemilos însăşi capacitatea de a spera, cu efecte dezastruoase inclusiv asupra sistemului său imunitar. Pe de altă parte, aşa cum observa **Ph.Ariès** (1996, p.407), pentru a reda morţii demnitatea pe care o merită, trebuie să o tratăm „nu numai ca pe o stare reală, ci ca pe un eveniment esenţial, un eveniment a cărui escamotare este inadmisibilă".

După opinia noastră (expusă deja şi într-un articol din 1994), opinie care s-a sedimentat şi în urma unei cumpene existenţiale proprii, **pacientul are dreptul de a cunoaşte situaţia sa reală**.

Comunicarea adevărului presupune conjugarea eforturilor dintre medic, familie şi psiholog, ea constituind o adevărată piatră de încercare pentru persoana care şi-o asumă. Desigur, psihologul este cel mai indicat să se angajeze în această îndatorire spinoasă, pentru care nu există rețete, ci doar nişte principii orientative şi, mai ales, este nevoie de multă maleabilitate, delicatețe, omenie şi compasiune, altfel spus, aşa cum preciza cu multă inspirație **C.Botoşăneanul** (1999, p.100), este necesar un „supliment de suflet". Oricum, demersul de informare a bolnavului trebuie individualizat, adică acesta trebuie să se muleze pe o serie de caracteristici specifice persoanei în cauză (formula sa de personalitate, apartenența socio-culturală, disponibilitatea etc.). Interesant de relevat este că, dintr-o anchetă efectuată pe un lot de 700 subiecți grav bolnavi, 80% şi-au exprimat frontal dorința de a cunoaşte adevărul despre starea lor de sănătate (**M.Boisvert**, 1989).

Desigur, nu este cazul să inventariem acum toate argumentele ce pledează pentru ca bolnavul care suferă de o maladie incurabilă să afle adevărul. Important de menționat este că bagatelizând pericolul, riscăm ca pacientul să se complacă în acelaşi stil găunos de viață, pe care l-a frecventat şi anterior îmbolnăvirii sale, reducându-i, în acelaşi timp,

şansele de a deveni un luptător temerar pentru culorile vieții, prin mobilizarea *fântânilor* de rezervă ale psihismului său.

Administrarea preponderentă a morții de către medicină a făcut ca decesul majorității oamenilor să survină în spital. Dacă această alternativă nu se poate evita, **spațiul respectiv ar trebui umanizat**, în măsura posibilităților, prin decorarea lui cu flori sau obiecte dragi bolnavului. Iar când se apropie scadența trecerii marelui prag, este de dorit ca asistența medicală să fie cât mai discretă şi mai puțin deranjantă, pentru ca moartea să survină în pace şi linişte curată.

De altfel, **dreptul la o moarte liniştită** ar trebui să facă parte din *trusoul* fundamental al drepturilor omului căci, aşa cum afirma **S.Rinpoche** (2001), **viitorul spiritual al celui care pleacă este condiționat nu numai de faptele pe care le-a săvârşit în viață ci, îndeosebi de starea lui mentală din acele clipe,** moartea oferind o şansă fabuloasă de purificare. De aceea, fiecare ființă umană ar fi bine să moară degajat de *chingile* oricărui ataşament față de oameni şi bunuri. Ideal este să se moară într-o stare de rugăciune. Iar dacă rudele nu-şi pot cenzura plânsul şi lamentările, este preferabil ca ele să nu fie prezente, deoarece îngreunează desprinderea muribundului de cele pământeşti, adică eliberarea cu adevărat a ființei lui spirituale.

De regulă, **orice muribund doreşte cu ardoare** (chiar dacă nu o mărturiseşte explicit) **să nu fie singur când se petrece evenimentul, ci printre cei dragi şi, dacă e posibil, acasă**.

Indiferent de spaţiul unde se desfăşoară agonia, este absolut necesar ca muribundul să fie tratat cu respect şi iubire. Acestea sunt probabil singurele daruri cu care îl mai putem alina şi alinta, singurele noastre *răvaşe* pentru drum. Iată motivul pentru care, **el trebuie să beneficieze permanent de supravegherea tandră şi atentă a unei persoane apropiate**, care poate alerta şi restul familiei când a sosit timpul trecerii. Desigur, asumarea acestei misiuni sacre este istovitoare, suprasolicitantă, atât fizic, cât mai ales psihic. De aceea, este indicat să se implice mai multe persoane, prin rotaţie, inclusiv pentru că surmenajul poate tulbura efectiv canalul de recepţie al mesajelor emise de bolnav. Oricum însă, ne aflăm în faţa unei exigenţe incandescente, căci acela care pleacă trebuie condus până în prag, ca să poarte cu sine starea de apartenenţă, de dragoste, pentru că, în fond, nu părăseşte o lume pustie. Mai apoi, a fi realmente alături de cel care moare, scuteşte pe aceia ce rămân de calvarul nemilos al remuşcărilor, că n-au fost prezenţi în aceste momente irevocabile, când doliul coboară parcă asupra tuturor bucuriilor lumii. Nu este uşor căci, aşa

cum precizam, devine obligatoriu să-ţi *lăcătuieşti* cu străşnicie lacrimile şi disperarea în *sipetul* tău interior, pentru a-l ajuta într-adevăr.

În plus, **printr-o medicaţie adecvată, trebuie luate măsuri de combatere a durerii şi anxietăţii**. Tanatoterapia postulează necesitatea de a comunica permanent cu pacientul, chiar dacă acesta se află în comă. Se arborează un stil natural, firesc, focalizat pe nimicurile cotidiene, prin care este indicat să-i demonstrăm că nu l-am exclus din mijlocul familiei şi al problemelor sale. Mai apoi, se dovedeşte imperios necesar să nu-i facem reproşuri şi, mai ales, să nu-i dăm senzaţia, pe cât posibil, că ne-a devenit o povară. Asemenea atitudini maculează nedorit calitatea îngrijirii, îngreunând procesul de doliu, prin sentimente corozive de culpabilitate. Acceptarea de comun acord a morţii sale apropiate face parte şi ea din recuzita îngrijirii bolnavului terminal.

Muribundul trebuie stimulat să defuleze orice gând sau trăiri apăsătoare, indiferent dacă acestea izvorăsc din teamă, culpabilitate sau dorinţe suspendate. Iar în eventualitatea unor izbucniri violente, resentimentare şi pline de reproşuri, membrii familiei să-i acorde toate circumstanţele atenuante posibile, deoarece, în fond, cel care moare îşi pierde întregul său univers. Din acelaşi registru catartic, face parte şi

necesitatea de a-l încuraja să se concilieze şi să acorde iertare tuturor celor cu care a avut relaţii ostile, duşmănoase. Pentru a-i conserva un tonus psihologic rezonabil, nu-i mai puţin important **să-i fie evocate**, ori de câte ori este posibil, **realizările şi succesele pe care le-a repurtat în viaţă**. Pe această cale i se va inocula sentimentul atât de tonic şi de reconfortant, că trecerea lui în această lume nu a fost istoria unui eşec.

Fără îndoială, **singurul comportament adecvat, în această perioadă încenuşată, este unul empatic, deschis şi care funcţionează biunivoc**. Aceasta înseamnă că ori de câte ori ruda care îl îngrijeşte se simte copleşită de spaimă şi disperare, trebuie să-şi exprime sincer în faţa muribundului aceste trăiri. Paradoxal, el îi poate oferi nebănuite cuvinte şi gesturi de îmbărbătare, uneori chiar glazurate într-un umor neaşteptat.

S.Rinpoche (2001) **insistă asupra necesităţii ca momentul de rămas-bun să se consume cu ceva timp înainte (măcar câteva zile sau ore) de *intrarea în linie dreaptă*.** Mai mult, oricât ar părea de imposibil, **cei dragi trebuie să-i acorde permisiunea de a muri**. Imensa utilitate a acestei practici este atestată indubitabil de o bogată experienţă dobândită în asistenţa muribunzilor. Acelaşi **S.Rinpoche**

(2001, p.174) **oferă** şi **o mostră de fraze, posibil a fi rostite**, cu aleasă afecţiune şi duioşie, **la căpătâiul celui care părăseşte această dimensiune**:

„Sunt aici cu tine şi te iubesc. Vei muri şi este ceva absolut natural; i se întâmplă oricui. Aş dori să poţi sta cu mine aici, dar nu vreau să mai suferi. Timpul pe care l-am petrecut împreună a fost suficient şi-mi voi aduce întotdeauna aminte cu drag. Te rog acum să nu te mai agăţi de viaţă. Poţi pleca. Îţi dau din toată inima îngăduinţa să mori. Nu eşti singur, acum sau în veci. Ai toată dragostea mea".

Chiar dacă formulează aceste cuvinte, persoana respectivă continuă să fie torturată de sentimente polare, antinomice: frica terifiantă că se apropie momentul despărţirii, dar şi neputinţa strivitoare în faţa suferinţei prelungite a celui drag şi, implicit, convingerea implacabilă şi plină de tragism, că numai prin moarte se poate pune capăt acestei agonii dezolante.

De asemenea, **prin actul sacru al spovedaniei îi oferim pacientului nu numai un excelent prilej de deculpabilizare, ci şi o ocazie de a se racorda la înaltele *arpegii* ale credinţei,** căci fără a recurge la cer, este greu să învingem pământul din noi. Important este **să nu facem presiuni asupra muribundului de a-l converti**, pe ultima sută

de metri şi, mai ales, să nu ne facem iluzii deşarte că ar putea adera la formula noastră spirituală. Chiar dacă s-au înregistrat şi unele excepţii, de regulă, e un efort inutil, pentru că **stilul de a muri al unui om nu distonează prea mult cu acela în care a trăit**. Aceasta nu înseamnă că trebuie să-l privăm de şansa unei asistenţe spirituale, atât de importantă într-un asemenea context. Cert este că, dezideratul respectiv nu devine operant uzitând de pârghia coerciţiei, ci doar de iubire, delicateţe şi inspiraţie.

Instalarea propriu-zisă a morţii este prefaţată de o serie de indicatori emoţionali şi spirituali:

- o frică opresivă la muribund de ceea ce urmează, motiv suplimentar pentru care el trebuie vegheat în permanenţă, oferindu-i astfel o *metereză* de siguranţă;
- devitalizarea fizică şi psihică pe care o traversează îl determină pe acesta să restrângă la maximum cercul persoanelor pe care le acceptă în jurul său. Acum este şi timpul când se evocă amintiri scumpe şi se rostesc ultimele dorinţe;
- aşa cum a fost demonstrat de către **G.Witzel** (apud. **Ph.Aries**, 1996), adeseori, înainte cu

câteva zile de moarte, se produce un reviriment de formă la bolnavul terminal, cu ameliorarea poftei de mâncare şi a stării sale generale, scăzând chiar nevoia de analgezice. În plus, el poate să-şi redobândească şi luciditatea, chiar dacă anterior a traversat o perioadă de obnubilare evidentă.

Cât priveşte **actul morţii propriu-zise**, medicina subscrie ideii că **este lipsit de durere fizică**, datorită unui chimism special, care provoacă un soi de anestezie generalizată a organismului.

Dacă vrem să deschidem mai mult această uşă secretă, trebuie să pătrundem însă într-un alt registru de lectură, care distonează evident cu academismul ştiinţific. Printre acestea, *Cartea tibetană a morţilor* (Bardho Thödol) constituie un ghid de referinţă. Versiunea finală a acestei scrieri, de sorginte tantrică, *s-a coagulat* în succesiunea mai multor etape, ce au debutat în veacul al VIII-lea (prin contribuţia întemeietoare a lui **Padma Sambhava**, fondatorul lamaismu-lui), pentru a se desăvârşi în secolele următoare.

De o valoare particulară, în acest spectru problematic, se dovedeşte *Cartea tibetană a morţii şi a vieţii*, semnată de **S.Rinpoche** (2001), lucrare pe care am mai invocat-o deja şi

care beneficiază de un nepreţuit avantaj, acela că provine din partea unui autor, născut şi educat într-o elevată tradiţie tibetană, peste care s-a grefat şi o aleasă educaţie occidentală, generând, în urma unui fructuos metabolism, o strălucită sinteză între cele două culturi. În plus, acest *ghid*, cum îl califică însuşi **Rimpoche**, se nutreşte nu numai din învăţăturile revelate marilor maeştri (începând cu **Buddha Primordial**), ci şi din bogata sa experienţă, care reuneşte ani îndelungi de practică meditativă, predare şi dialoguri cu proprii săi dascăli. Lucrarea *musteşte* de învăţături profunde, cruciale, dar şi de numeroase sfaturi preţioase. Din start, **S.Rinpoche** se desolidarizează de titlul devenit clasic al *Cărţii tibetane a morţilor*, care se întemeiază pe o invenţie neinspirată a traducătorului său (americanul **W.Y.Evans-Wentz**). Titlul adevărat este *Bardo Tödrol Chenmo*, adică *Marea eliberare prin ascultare în Bardo*.

De asemenea, **este livrată şi o semnificaţie mai nuanţată a cuvântului *bardo***, care nu înseamnă doar starea intermediară dintre moarte şi renaştere, întrucât pe ruta existenţei noastre pot surveni şi alte *bardo*-uri, adică ocazii de graţie pentru eliberare (moartea oferind momentul suprem).

Ideea ancoră ce străbate, ca un fir roşu, întreaga lui prestaţie este că orice muribund trebuie să cunoască adevărul profund şi autentic despre moarte.

Mai recent, cartea semnată de **S.Ward** (2002) şi intitulată *Matei, vorbeşte-mi despre Rai* zugrăveşte, în tuşe expresive, viaţa noastră de după moarte, ce se desfăşoară în Nirvana, adică în lumea de dincolo. Lucrarea în sine este cotată ca un manual de referinţă, capabil să producă dislocări de optică şi atitudine faţă de o problemă ontologică majoră.

Aşa cum menţionează **L.Rampa** (2001), dacă în clipa morţii, alături de cel decedat se află un clarvăzător, acesta este capabil să vadă procesul de separare a corpului astral de cel fizic, sub forma unui nor din ce în ce mai compact. Deoarece timp de 2-3 zile, prin cordonul de argint, cele două corpuri sunt încă în legătură, forma astrală poate capta toate gândurile şi trăirile celor din jur.

Se ştie că trupul astral, ca să-şi continue periplul spre alte niveluri superioare, se desprinde definitiv de cel fizic numai după trei zile. Iată cauza pentru care, înainte de consumarea acestui interval de timp, nu se recomandă incinerarea decedatului. În caz contrar, corpul astral este expus unei intense suferinţe.

Cât privește **pregătirea propriu-zisă a persoanei care trece *pragul celeilalte lumi***, **Rampa** sugerează ca, în apropierea morții, ea să-şi evoce mental (ca să-i fie călăuză) acea ființă pe care a iubit-o cel mai mult, dintre cei decedați. În Tibet, rolul de ghid postmortem îl poate îndeplini şi un lama clarvăzător care, plasat în preajma muribundului, îi conduce trupul astral, pe filieră telepatică, către lumea spirituală.

Neîndoielnic, **decesul cuiva perturbă şi modifică spațiul şi timpul unui întreg grup de oameni**, mai mult sau mai puțin extins, deoarece, aşa cum reitera **E.Ionesco (1996)**, în tulburătoarea sa piesă de teatru *Regele moare*, cu orice ființă umană care pleacă, se prăbuşeşte un întreg univers, un univers format din propriile sale gânduri, sentimente şi vise.

Mai mult decât atât, **dispariția unei persoane apropiate**, cu care ai țesut un crâmpei comun de viață, **semnifică o breşă** dureroasă, într-un fel irecuperabilă, **în istoria ta personală**. Spunem aceasta, pentru că defunctul duce cu el o parte importantă din tine. În plus, cu dispariția fiecărei ființe dragi, mai repeți o dată scenariul propriului tău sfârşit.

Desigur, valoarea unui om se măsoară şi prin cantitatea de uitare pe care el o dislocă, prin forța amintirii, în memoria celorlalți. De aceea, trăim şi murim pe cont propriu, dar trăim

şi murim şi prin toți ceilalți în care ne-am aşezat pentru o vreme.

După opinia lui D. Le Breton (2001, p.258-278), în textura ei intimă, **moartea poartă cu sine însemnele inconfundabile ale tăcerii**. Mai întâi, pentru că ea irumpe brutal şi nemilos, odată cu ultima suflare şi ne cotropeşte universul. Mai apoi, trupul însuşi al celui plecat devine o „tăcere închircită", care reclamă tăcere sau, eventual, discreția şoaptei. Însăşi relația cu lumea a supraviețuitorilor e marcată, pentru o vreme, de tăcere, de distanță, de însingurare. Cât priveşte doliul, el semnifică, atât din perspectivă reală, cât şi simbolică, să traversezi „un teritoriu al tăcerii", o „reculegere dureroasă dimpreună cu cel dispărut", un teritoriu care se estompează discret, pentru a te reda, într-o zi, zgomotosului spectacol mundan. Rămâne însă de-a pururi o „cicatrice de tăcere, un loc secret în sine", unde iubirea cu cel dispărut continuă prin dansul fulgurant al amintirilor.

Oricum, **decesul unei persoane dragi provoacă celor care rămân o destabilizare profundă, dramatică, sfâşietoare, chiar dacă aceştia nutresc certitudinea că este vorba doar de o mutare într-un alt registru existențial**. Suferința derivă din aceea că amintirea, nici chiar în momentele ei de glorie, nu poate umple vidul creat, nu poate

alunga *eriniile* pustiitoare ale absenței. Acesta este motivul pentru care **anturajul apropiat al decedatului trebuie ajutat să facă față situației, să asimileze unele strategii de supraviețuire.**

Orice deces se instituie pentru supraviețuitor ca un memento, care trezește din *somnolența* memoriei toate pierderile anterioare. Cicatricile din trecut sângerează din nou, de aici și efectul profund nociv al pierderilor multiple, sumative care amplifică durerea, anxietatea, separarea.

Chiar dacă, în mod implacabil, timpul estompează ferocitatea suferinței, cel care a iubit cu adevărat pe cineva va rămâne de-a pururi *locuit* de acesta, adică nu se va putea elibera niciodată din *năvodul* acestei legături.

Se pare că **durerea în fața morții metabolizează diferit în funcție de vârstă**. De pildă, copiii afișează adeseori o alură indiferentă, deși întregul lor univers plânge. Referitor la vârstnici, aceștia au deja în palmares un șirag prea divers de pierderi, ca urmare, ei trăiesc continuu sub însemnele unei „morți impregnate" (**Niederland**, 1971), care le tocesc și anesteziază reacțiile, conferindu-le o anume doză de stoicism și detașare în fața morții celorlalți.

Primele 15-20 secunde după moartea unei persoane apropiate sunt cumplite pentru cei apropiați. Unii simt că își

pierd mințile, alții sunt într-o stare de șoc. Există persoane care încărunțesc subit.

Acuzele somatice sunt și ele prezente: amplificarea ritmului cardiac, respirație sacadată, transpirația palmelor, uscăciunea gurii, crampe abdominale, dureri de cap, pierderea apetitului, insomnii, coșmaruri etc.

În plan afectiv, se instalează un sentiment de irealitate și vid interior, iar **din punct de vedere comportamental**, individul poate oscila între izolare și hiperactivitate. Adeseori, decedatul este idealizat până la perfecțiune, deoarece i se minimalizează orice tușă negativă de personalitate. Când spectrul acesta de manifestări persistă, peste granițele admise, vorbim de un doliu patologic, care reclamă imperios intervenția pertinentă a unui psihoterapeut.

Jacobs (1993) **apreciază că aproximativ 29% dintre supraviețuitori glisează într-o durere patologică**. Desigur, există semne distinctive care certifică prezența acestui fenomen: tema pierderii suferite devine obsesivă în conversațiile individului, el nu poate renunța la lucrurile ce au aparținut defunctului, apar schimbări majore ale stilului său de viață, se instalează diverse fobii (inclusiv față de moartea lui proprie) etc.

Nu putem neglija **importanța ritualurilor legate de înmormântare**, care sintetizează un important capital socio-terapeutic. Multiplele practici ritualice (priveghiul, înhumarea, pomana, comemorările etc.) oferă suport psihologic prețios celor îndoliați, obligându-i pe aceştia să-şi schimbe dominanta, prin intermediul unor tentative de reintegrare socială forțată, în momente dintre cele mai tragice.

Autoritățile domeniului atrag atenția asupra **necesității doliului**, căci jugularea lui generează morbiditate. De altfel, **manifestarea neîngrădită a suferinței este condiția peremptorie pentru tămăduire şi creştere în altitudine spirituală**.

După opinia lui **G.Gorer** (1965, apud. **Ph.Ariès**, 1996, vol.II), îndoliații se grupează astfel: cei care maschează abil suferința, cei care o trăiesc plenar, dar numai în intimitate, cei care o manifestă deschis, fără nici o frână.

Referitor la perioada de doliu, specialiştii din domeniu lansează câteva **recomandări importante:**

- ❖ supraviețuitorul să-l vadă pe cel drag, după ce aceasta a decedat;
- ❖ să fie permisă individualizarea fără restricții a formelor prin care cel suferind îşi exteriorizează durerea;

- ❖ aparținătorul să retrăiască relația cu defunctul prin intermediul unor poze, scrisori etc.;
- ❖ cel rămas să aibă dreptul la ritualuri de doliu propriu, chiar dacă acestea distonează cu normele clasice;
- ❖ aparținătorul să realizeze că amintirea defunctului va dăinui în *forul* său interior, chiar dacă ulterior s-a lăsat antrenat în alte relații.

J.W.Worden (1992, apud. **I.Mitrofan** şi **D.Buzducea**, 1999, p.49) postulează **un decalog de principii pentru a controla durerea din asemenea circumstanțe:**

- ❖ actualizarea suferinței prin zugrăvirea expresivă a circumstanțelor producerii morții;
- ❖ depistarea şi exteriorizarea sentimentelor pe care le traversezi, indiferent de tonalitatea lor;
- ❖ distanțarea de cel decedat prin provocarea unor schimbări;
- ❖ substituirea afectivă a decedatului prin angajarea în relații noi;
- ❖ fixarea unei date limită pentru doliu;
- ❖ efort pentru normalizarea sentimentelor;
- ❖ acceptarea unor diferențe individuale în procesul durerii;

- ❖ prezența îndelungată a unui suport nonintensiv;
- ❖ experimentarea unor stiluri de a face față, cu evitarea practicilor nocive (de pildă, refugiul în alcoolism, drogomanie etc.).

În consens cu ultimul principiu, se pot recomanda promovarea unor activități utile şi deconectante: **frecventarea unui sport, vizionarea de spectacole, plimbări, călătorii** etc.

Rainer (1978) **subliniază *rolul*** mirabil al **jurnalului intim** în *expurgarea* suferinței. Efecte benefice are şi **frecventarea, în perioade de doliu, a gândirii pozitive**, prin consemnarea tuturor faptelor bune care se petrec în viața individului. Nu mai puțin salutară se dovedeşte a fi şi **focalizarea supraviețuitorului pe viitor, pe faptele de perspectivă**.

I.Mitrofan şi **D.Buzducea** (1999) **pledează pentru rolul reparator** pe care îl are asupra persoanei îndoliate alocarea zilnică (20-30 minute), înainte sau după programul de serviciu, **al unui timp special destinat jelirii necenzurate a celui dispărut.**

Magnitudinea suferinței pe care defunctul o provoacă celor apropiați nu poate fi temperată decât prin **suportul cald şi alintător al celorlalți**, deoarece, de regulă, combustia proprie nu este suficientă pentru redresarea interioară.

Intervenția pertinentă a specialistului este deosebit de utilă. Îndeplinind un rol triplu: de însoțitor, confident şi sfătuitor, el trebuie să asigure, într-un climat tonifiant şi empatic, *o bună ventilație* pentru suferința persoanei aflate în doliu.

Din dorința de a se elibera din *menghina* nemiloasă a durerii, **persoana îndoliată poate frecventa un grup de suport**. Funcția prioritară a unei asemenea formațiuni este cea de martor la experiența supraviețuitorilor (**I.Mitrofan, D.Buzducea**, 1999). **Regula sa fundamentală o constituie confidențialitatea**. Cât priveşte structura lui, se recomandă 7-10 participanți şi doi traineri.

Scopul declarat al grupului de suport este de a oferi individului posibilitatea ca, într-un cadru securizant, format din persoane cu probleme similare, să poată discuta deschis despre suferința care l-a invadat. În timpul şedințelor, se pot aborda varii unghiuri de vedere, toate brodându-se în jurul aceluiaşi nucleu fierbinte: analiza procesului durerii şi a sentimentelor ei conexe, probleme de factură religioasă şi spirituală, însuşirea unor noi deprinderi şi strategii de control al stresului etc.

Funcționalitatea grupului oscilează de la câteva săptămâni la câteva luni. Ca frecvență a întâlnirilor, formula optim acceptabilă este de **o dată pe săptămână**.

Comemorările au şi ele un valoros potenţial terapeutic, sintetizând o serie de virtuţi: obligă persoana să evadeze din surogatele cotidiene; actualizează pierderea, aducându-o în avanscenă; oferă suport emoţional celui îndoliat; reconectează supravieţuitorul la cel plecat (**Fulton**, 1995; apud. **I.Mitrofan, D.Buzducea**, 1999).

„Orice moarte, meditează **G.Liiceanu** (2001), este începutul acestei retrageri progresive din fiinţa celorlalţi". Rezultă de aici că rostul cel mai important al ceremoniilor de comemorare este de a infuza, cu seve proaspete, imaginea defunctului în memoria afectivă a celorlalţi. Este adevărat că patina timpului *muşcă* neîncetat din această imagine, dar nu o poate risipi în totalitate, căci moartea distruge numai ceea ce nu merită a fi conservat.

**

De multe milenii, omul încearcă să *îmblânzească* moartea. Este un efort temerar şi trudnic, pentru că ea semnifică în fond despărţirea de ceea ce iubim şi poate că nu ştim încă să iubim ceea ce merită cu adevărat. De aceea, **gestul continuă şi astăzi în această lume *dezvrăjită*, dar continuă cu speranţa că viaţa de apoi este o întrupare nefinită de lumină, sub graţia blândă şi omniprezentă a lui Dumnezeu**.

Cert este că faţă de moarte, omul trebuie să adopte o atitudine ofensivă, de conchistador. Şi pentru că nu ştim nici unde şi nici când ea ne pândeşte, ar fi necesar să fim pregătiţi întotdeauna, să o frecventăm în gând, cât mai des posibil, fără a glisa în tragism şi crispări inutile. Este un exerciţiu indispensabil, căci numai aşa îi putem smulge treptat vălurile ei de presupusă ferocitate. Dar, dincolo de orice discuţie, este şi modul cel mai elevat de a ne *grădinări* adevărata noastră esenţă.

Şi poate că doar în clipa *marelui pasaj*, vom afla, siderati şi fericiţi, aşa cum observa **V.Jankélévitch** (2000, p.453), că moartea este, de fapt, „un lucru simplu, extraordinar de simplu, ... de o simplitate orbitoare, simplu ca bună ziua şi simplu ca bună seara". O simplitate debordantă de noi temeiuri şi profunzimi.

Bibliografie

- **Ajuriaguerra J., Rego A., Richard J., Tissot R.** (1970): *Psychologie et psychométrie du vieillard*, Confront, Psychiat., nr.5.
- **Alexander C., Langer F.** (1990): *Higher Stages of Human Development. Perspectives and Adult Growth*, New York, Oxford University Press.
- **Ariès Ph.** (1996): *Omul în fața morții* (vol.I şi II), Bucureşti, Editura Meridiane.
- **Bacus A.** (2000): *Creşterea copilului. 1000 de sfaturi practice*, Bucureşti, Editura Teora.
- **Baron R., Byrne D., Johnson B.** (1998): *Exploring Social Psychology*, Boston, Allyn and Bacon.
- **Bălăceanu-Stolnici C., Păunescu M., Ciobanu E.** (1991): *Quantitative Aspects of Human Brain Cell Aging.* Romanian J. Geront. Geriatrics, 12, 1-2.
- **Beliş V.** (1995): *Tratat de medicină*, vol.I, Bucureşti, Editura Medicală.
- **Biberi I. (2000):** *Thanatos*, Bucureşti, Editura Curtea Veche.
- **Birch A.** (2000): *Psihologia dezvoltării (din primul an de viață până în perioada adultă)*, Bucureşti, Editura Tehnică.
- **Boeree C.G., George C.** (2001/1997): E.Erikson http://www.ship.edu/-cgC.G.Boeree/erikson.html
- **Bogdan C.** (1988): *Elemente de geriatrie*, Bucureşti, Editura Meridiane.
- **Boia L.** (1999): *Mitul longevității*, Bucureşti, Editura Humanitas.
- **Bondy F şi al.** (1993): *Convorbiri cu Cioran*, Bucureşti, Editura Humanitas.

- **Botoşăneanul C.** (1999): *Tanatologie şi nemurire*, Iaşi, Editura Cantes.
- **Bruckner P., Finkielkraut A.** (1995): *Noua dezordine amoroasă*, Bucureşti, Editura Nemira.
- **Burgess A.** (2003): *Cum să găseşti şi să păstrezi partenerul prefect*, Bucureşti, Editura Antet.
- **Butler R.N., Lewis M.I.** (1991): *Aging and Mental Health*, New York, Merrill.
- **Carlson R.** (2001): *Secretul familiei fericite*, Bucureşti, Axel Springer Editură.
- **Castaneda C.** (1995): *Învățăturile lui Don Juan. O cale Yagui de cunoaştere,* Bucureşti, Editura Univers Enciclopedic.
- **Castaneda C.** (1995): *Cealaltă realitate*, Bucureşti, Rao International Publishing Company.
- **Căpâlneanu I.** (1978): *Inteligență şi creativitate*, Bucureşti, Editura Militară.
- **Celan E.** (1992): *Viața după pragul morții*, Bucureşti, Editura Teora.
- **Chapman G.** (2000): *Cele cinci limbaje ale iubirii*, Bucureşti, Editura Curtea Veche.
- **Chauchard P.** (1996): *La mort*, Paris, PUF.
- **Chirileanu R.D., Jianu A.** (2001): *Despre demență*, Timişoara, Editura Aprilia Print.
- **Chirileanu R.D.** (2002): *Despre demența vasculară*, Timişoara, Editura Eurobit.
- **Cioran E.** (1990): *Pe culmile disperării*, Editura Humanitas.
- **Cioran E.** (1990): *Revelațiile durerii*, Cluj-Napoca, Editura Echinox.
- **Cioran E.** (1991 a). *Cartea amăgirilor*, Bucureşti, Editura Humanitas.

- **Cioran E.** (1991 b): *Îndreptar pătimaş*, Bucureşti, Editura Humanitas.
- **Cioran E.** (1991 c): *Lacrimi şi sfinţi*, Bucureşti, Editura Humanitas.
- **Cioran E.** (1992 a): *Ispita de a exista*, Bucureşti, Editura Humanitas.
- **Cioran E.** (1992 b): *Silogismele amărăciunii*, Bucureşti, Editura Humanitas.
- **Cioran E.** (1992 c): *Tratat de descompunere*, Bucureşti, Editura Humanitas.
- **Cioran E.** (1994): *Mărturisiri şi anateme*, Bucureşti, Editura Humanitas.
- **Cioran E.** (1995): *Sfârtecare*, Bucureşti, Editura Humanitas.
- **Ciupercă C.** (2000): *Cuplul modern între emancipare şi disoluţie*, Bucureşti, Editura Tipoalex.
- **Corneau G.** (2000): *Există iubiri fericite*?, Bucureşti, Editura Humanitas.
- **Cosnier J.** (2002): *Introducere în psihologia emoţiilor şi a sentimentelor*, Iaşi, Editura Polirom.
- **Cowan C., Kinder M.** (1989): *Les femmes qu'ils aiment, les femmes qu'ils quittent*, Paris, Éditions R.Laffont.
- **Craig G.** (1986): *Human Development*, Londra, Sidney, Toronto etc.; Prentice Hall.
- **Culianu I.P.** (1994): *Călătorii în lumea de dincolo*, Bucureşti, Editura Nemira.
- **D'Adamo P., Whitney C.** (2001): *Alimentaţia adecvată celor patru grupe sanguine*, Timişoara, Editura Solness.
- **Dan K.** (2000): *Aspecte ale dezvoltării inteligenţei şi intereselor la femeile de vârstă adultă*, lucrare de licenţă, Timişoara, Universitatea Tibiscus.

- **Darley J.M., Glucksberg S., Kinchla R.A.** (1991): *Psychology*, New Jersey, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- **Dehelean P.** (1998): *Gerontopsihiatria*, **în Lăzărescu M.** (coord.), *Curs de psihiatrie generală, pentru vârsta adultă şi înaintată*, Timişoara, Lito UMFT.
- **Diac G.** (1996): *Reprezentarea socială a bătrâneţii*, în Psihologia, nr.4-5.
- **Dobson J.** (1994 a): *Căsătoria – împlinire sau frustrare*, Timişoara, Editura Noua Speranţă.
- **Dobson J.** (1994 b): *Armonia în familie,* Timişoara, Editura Noua Speranţă.
- **Drimer D., Săvulecu A.M.** (1991): *Speranţă pentru vârsta a treia*, Bucureşti, Editura Tehnică.
- **Dumitraşcu D.** (1986): *Medicina între miracol şi dezamăgire*, Cluj-Napoca, Editura Dacia.
- **Dumitrescu R.** (1996): *Taina longevităţii*, Bucureşti, Editura Miracol.
- **Durkheim E.** (1993): *Despre sinucidere*, Iaşi, Institutul European.
- **Durkin K.** (1995): *Developmental Social Psychology: From Infancy to Old Age*, Cambridge, Mass Blackwell.
- **Eliade M.** (1992): *Împotriva deznădejdii*, Bucureşti, Editura Humanitas.
- **Eliade M.** (1993): *Arta de a muri*, Iaşi, Editura Moldova.
- **Eliade M.** (1997): *Şamanismul şi tehnicile arhaice ale extazului*, Bucureşti, Editura Humanitas.
- **Erikson E.H.** (1986): *The Life Cicle*, în International Enciclopedie of the Social Science, New York, MacMillan.

- **Volinsky J.** (1982): *Responsability Can Delay Aging*, APA Monitor.
- **Wallon H.** (1978): *Evoluția psihologică a copilului*, București, Editura Didactică și Pedagogică.
- **Walsh F.** (1988): *The Changing Family Life Circle*, New York, Gardner Press.
- **Ward S.** (2002): *Matei, vorbește-mi despre rai*, București, Editura For You.
- **Watson L.** (1994): *Moartea ca linie a vieții*, București, Editura Humanitas.
- **Williamson M.** (2003): *Iubire magică*, București, Editura For You.
- **Witzel L.** (1975): *British Medical Journal*, nr.2.
- **Zolog A.** (1996): *Aspecte nosografice și neurobiologice ale vârstei a treia – Implicații interdisciplinare*, în **Romoșan I., Szucsik I.A.** (coord.), *Gerontologie*, Timișoara, Editura Dinamis Print.
- **xxx (1992):** *Cartea tibetană a morților*, Arad, Colecția *Arca*.
- **xxx (1993):** *321 de vorbe memorabile ale lui Petre Țuțea*, București, Editura Humanitas.

CUPRINS

Cuvânt de întâmpinare 5

Vârstele adulte 9

A. Considerații generale 9

B. Tinerețea 12

C. Vârstele adulte mijlocii 67

Vârsta a treia 84

A. Repere orientative 84

B. Identitatea somato-fiziologică 98

C. Profilul psihologic al senectuții 107

D. Problema longevității 139

Moartea – inevitabilul examen 162

Bibliografie 212

ANCA MUNTEANU

- Profesor universitar doctor, la *Catedra de Psihologie, Facultatea de Sociologie şi Psihologie, Universitatea de Vest din Timişoara.*
- Cancelar al *Facultății de Sociologie şi Psihologie, Universitatea de Vest din Timişoara* şi membru al Senatului universității respective.
- Doctor în Psihologie la *Universitatea Al. I. Cuza din Iaşi* (1981).
- Autor şi coautor al volumelor: *Cunoaşterea elevului* (1978); *Prolegomene la ştiința educației* (1992); *Incursiuni în creatologie* (1994); *Copilăria – fundament al personalității* (1997); *Stadiile dezvoltării infantile* (1997); *Un început care se numeşte Freud* (1997); *Neopsihanaliza* (1998); *Psihologia copilului şi a adolescentului* (1998); *Psihologia astăzi* (vol. I, II şi III, 2000, 2001, 2003); *Experiența Atlantis (din jurnalul unui grup creativ)* (2001); *Terapia psihanalitică freudiană* (2002).
- A publicat 90 de studii şi articole, în volume şi reviste de specialitate.
- Stagiu de formare în psihoterapie experiențială de grup, realizat de către *Societatea de Psihoterapie Experiențială Română (SPER),* Bucureşti.
- Stagiu de formare în psihologie şi psihoterapie transpersonală, la *Institutul de Psihologie Transpersonală din Paris*, organizat sub egida *Asociației Franceze de Transpersonal.*
- Inițiatoarea *Zilelor Psihologiei Timişorene* (din 1992), sub genericul cărora a organizat 11 simpozioane naționale de prestigiu.
- Fondator şi mentor al grupului creativ *Atlantis*, din 1995.
- Vicepreşedinta *Asociației Psihologilor din România.*
- Membră fondatoare şi vicepreşedinta *Asociației Române de Psihologie Transpersonală* şi preşedinta filialei din Timişoara.
- Membră fondatoare şi preşedinta filialei din Timişoara a *Societății de Psihoterapie Experiențială Române.*
- Membră activă în consiliul de conducere al *Asociației Europene de Psihologie Transpersonală (ETPA).*
- Membră a *Asociației Europene de Psihologia Sănătății.*
- Membră în consiliul executiv al *Fundației Internaționale „Ştefan Lupaşcu", pentru Ştiință şi Cultură.*
- Membră fondatoare şi preşedinta *Asociației Femeilor cu Diplomă Universitară din România (AFDUR)* şi membră în consiliul de conducere național al organizației respective.

"Pentru mine, universul este populat în primul rând cu oameni şi apoi cu atomi, cu oameni care au o istorie şi traversează mai multe anotimpuri. Cert este că, pe măsură ce trec anii, avem şansa să devenim mai mult noi înşine. În plus, fiecare vârstă are nu numai culoarea ei inconfundabilă, dar şi frumusețea sa unică, pe care este păcat să o ratăm. Rezultă că se poate răsmuri la orice vârstă, iar debutul etapei noastre adulte poate inaugura o autentică deschidere aurorală. Cât despre senectute, ea ne aşteaptă la răscruci cu fructul rar, dar atât de subtil parfumat al înțelepciunii. E un dar târzielnic şi care se obține cu trudă. Totul este să nu uităm legenda turnului Babel, care s-a prăbuşit deoarece a vrut să ia cerul cu asalt, ori el se cucereşte doar pas cu pas, la capătul unei maieutici interioare temerare, dar sublime."

Autoarea

ISBN 973-620-090-6